



**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY  
ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2022 CÁMARA** *“Por medio de la cual se regula  
el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte  
médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”,*

Bogotá D.C., 11 de agosto de 2022

Honorable Representante  
**JUAN CARLOS WILLS OSPINA**  
Presidente  
**Comisión Primera Constitucional**  
Cámara de Representantes  
Ciudad.

**REF:** Informe de ponencia para primer debate al  
Proyecto de Ley Estatutaria No.006 de 2022  
Cámara.

Honorables Representantes:

En cumplimiento del encargo hecho por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional de la Cámara de Representantes del Congreso de la República y de conformidad con lo establecido en el Artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir Informe de Ponencia para Primer Debate del Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara, *“Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”* con base en las siguientes consideraciones.

## **1. TRÁMITE DE LA INICIATIVA**

El proyecto de ley Estatutaria 006 de 2022 Cámara fue radicado el 21 de julio del 2022 por los Honorables Representantes Juan Carlos Lozada Vargas, Andrés David Calle Aguas, Julián Peinado Ramírez, María del Mar Pizarro García, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, David Ricardo Racero Mayorca, Diógenes Quintero Amaya, Gabriel Becerra Yáñez, Luis Alberto Albán Urbano, Leyla Marleny Rincón Trujillo, Alfredo Mondragón Garzón, Jorge Andrés Cancimance López, Carlos Alberto Carreño Marín, Catherine Juvinao Clavijo, Santiago Osorio Marín, María Fernanda Carrascal Rojas, Luvi Katherine Miranda Peña, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Dolcey Oscar Torres Romero, Daniel Carvalho Mejía, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Germán Rogelio Rozo Anís y por los Honorables Senadores Alejandro Vega Pérez, Humberto de la Calle Lombana, María José Pizarro Rodríguez, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Inti Raúl Asprilla Reyes, Omar de Jesús Restrepo Correa, Wilson Arias Castillo, Yuly Esmeralda Hernández Silva, Iván Cepeda Castro y Griselda Lobo Silva.

El proyecto fue remitido a la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes donde se designó como coordinadores ponentes al Honorable Representante Juan Carlos Lozada Vargas y al Honorable Representante Gabriel Becerra Yáñez. Fueron también designados como ponentes los Honorables Representantes Luis Alberto Albán, James Hermenegildo Mosquera Torres, Juan Daniel Peñuela Calvache, José Jaime Uscátegui, Santiago Osorio Marín y las Honorables Representantes Adriana Carolina Arbeláez Giraldo, Astrid Sánchez Montes De Oca y Maren Castillo Torres.

## **2. OBJETO DE LA LEY**

El objeto del presente proyecto de ley estatutaria es regular las condiciones para que las personas puedan tener acceso al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

Se adoptan disposiciones normativas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la muerte digna mediante la muerte médicamente asistida que ha sido reconocido por vía jurisprudencial desde 1997 por la Corte Constitucional. A su vez, se crean normas para garantizar la seguridad jurídica de los profesionales de la salud que garanticen el referido derecho.

## **3. ANTECEDENTES**



Desde 1998 ante el Congreso de la República se han radicado y tramitado 14 iniciativas legislativas similares, encaminadas a reglamentar el derecho de acceso a la muerte digna. Algunos de estos proyectos regulaban distintas modalidades de materialización de este derecho, incluyendo la muerte médicamente asistida. En varias ocasiones las iniciativas lograron superar al menos el primer debate, bien fuera en Senado o en Cámara de Representantes, sin embargo, nunca lograron continuar su trámite en el Congreso por lo que a la fecha aún existen vacíos legislativos sobre este asunto.

Durante el anterior periodo constitucional del Congreso de la República (2018-2022) se radicaron cinco de esas once iniciativas. El primer esfuerzo fue presentado por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Álvaro Henry Monedero Rivera y Hernán Gustavo Estupiñán Calvache y se materializó en el Proyecto de Ley No. 204 de 2019 Cámara. Si bien la iniciativa fue aprobada por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, no llegó a serlo por parte de la Plenaria de dicha Corporación, por lo que fue archivada de conformidad con lo previsto por el Artículo 119 de la Ley 5 de 1992.

El segundo intento se realizó mediante el Proyecto de Ley Estatutaria No. 063 de 2020 Cámara, proyecto que corrió la misma suerte del primero, siendo archivado por la Plenaria de la Cámara de Representantes. De esta iniciativa fueron autores los Honorables Senadores Horacio José Serpa Moncada, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Julián Bedoya Pulgarín, Luis Fernando Velasco Chaves, Guillermo García Realpe, Andrés Cristo Bustos y los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Luis Alberto Albán Urbano, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, José Daniel López Jiménez, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Jaime Rodríguez Contreras, María José Pizarro Rodríguez, Hernán Gustavo Estupiñán Calvache, Harry Giovanni González García, Elbert Díaz Lozano, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Nubia López Morales, Álvaro Henry Monedero Rivera, Norma Hurtado Sánchez, John Arley Murillo Benítez, Juanita María Goebertus Estrada, Alfredo Rafael Deluque Zuleta, Catalina Ortiz Lalinde, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Fabio Fernando Arroyave Rivas, Julián Peinado Ramírez, Jorge Méndez Hernández, Alejandro Alberto Vega Pérez, Ángela María Robledo Gómez, Jorge Enrique Benedetti Martelo, César Augusto Lorduy Maldonado, Flora Perdomo Andrade, Carlos Germán Navas Talero, Katherine Miranda Peña y Juan Carlos Lozada Vargas.

El antecedente más reciente presentado en la Cámara de Representantes fue el Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021 Cámara. Una vez más, fue aprobado por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma corporación.



De dicha iniciativa fueron autores los Honorables Senadores Guillermo García Realpe, Victoria Sandino Simanca Herrera, Antonio Sanguino Páez, Iván Cepeda Castro, Temístocles Ortega Narváez, Jorge Eduardo Londoño Ulloa, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Andrés Cristo Bustos, Juan Luis Castro Córdoba, Luis Fernando Velasco Chaves, Horacio José Serpa, Angélica Lisbeth Lozano Correa, y por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, José Daniel López Jiménez, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Elizabeth Jay-Pang Díaz, John Arley Murillo Benítez, John Jairo Roldan Avendaño, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Jorge Enrique Benedetti Martelo, Carlos Germán Navas Talero, José Luis Correa López, Jaime Rodríguez Contreras, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Juanita María Goebertus Estrada, Alejandro Alberto Vega Pérez, León Fredy Muñoz Lopera, Ángel María Gaitán Pulido, Hernán Gustavo Estupiñan Calvache, Norma Hurtado Sánchez, Faber Alberto Muñoz Cerón, Jorge Méndez Hernández, Katherine Miranda Peña, María José Pizarro Rodríguez, Catalina Ortiz Lalinde, Andrés David Calle Aguas, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Jairo Reinaldo Cala Suárez, Mauricio Parodi Diaz, David Ricardo Racero Mayorca, Álvaro Henry Monedero Rivera, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Luciano Grisales Londoño, Luis Alberto Albán Urbano, César Augusto Lorduy Maldonado y Juan Carlos Losada Vargas.

En el Senado de la República se presentó la cuarta iniciativa legislativa en caminata a regular la materia. Se trató del Proyecto de Ley No. 70 de 2020 Senado cuyo autor fue el Honorable Senado Armando Benedetti. También ante el Senado, pero por iniciativa gubernamental del Ministerio de Salud y Protección Social, se radicó el Proyecto de Ley Estatutaria No. 355 de 2020 Senado. Ninguna de las dos iniciativas prosperó y fueron archivados de conformidad con lo previsto por el artículo 153 superior.

El presente Proyecto de Ley Estatutaria adoptó como base el articulado y la exposición de motivos plasmada por el Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021 Cámara, el cual fue impulsado principalmente por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri quien, durante los cuatro años del periodo legislativo anterior, dio la lucha al interior de la Cámara de Representantes por, finalmente, regular el derecho a morir dignamente. También se tuvieron en cuenta las modificaciones que el congresista referido, quien además fue el ponente de la iniciativa, plasmó en la ponencia para el segundo debate, por considerar que son los avances más recientes como parte de los esfuerzos legislativos por reglamentar el acceso al derecho a la muerte digna.

Finalmente incorporó las subreglas de la totalidad de la jurisprudencia relevante en la materia, especialmente aquellas fijadas en la sentencia C-322 de 2021, que fue publicada con posterioridad a la radicación de la referida ponencia.

Así las cosas, para la radicación de este texto se actualizó y complementó la información de la exposición de motivos del proyecto referido y se realizaron



modificaciones estructurales y transversales al articulado, con el objetivo de plantear una regulación integral sobre este derecho al nuevo Congreso de la República.

#### **4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO**

En Colombia el derecho a morir dignamente fue reconocido por vía jurisprudencial por intermedio de la sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional. En virtud de dicha providencia, Colombia se convirtió en el primer Estado de la región en reconocer tal posibilidad como un derecho.

A continuación, se presenta un recuento de los desarrollos constitucionales, jurisprudenciales, legales y reglamentarios que han configurado el estado actual de cosas desde una perspectiva jurídica del derecho a la muerte digna.

##### **3.1. CONSTITUCIONALES**

Como se describirá más adelante, el derecho a la muerte digna guarda estrecha relación con otros derechos fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, el derecho a la vida que comporta la muerte como último acto de la persona, la dignidad humana y la igualdad.

Así las cosas, la regulación por vía estatutaria del derecho a la muerte digna desarrolla sendas normas constitucionales dentro de las que se encuentran:

*“**Artículo 1.** Colombia es un estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.*

*“**Artículo 2.** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.*



*Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.”*

**“Artículo 12.** *Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.*

**“Artículo 13.** *Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica*

*El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.*

*El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”.*

**Artículo 16.** *Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”.*

**“Artículo 18.** *Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.”*

### **3.2. LEGALES**

**Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra:** *“mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida,”*

En el rango legal la Ley 1722 de 2014 es el desarrollo más significativo de la regulación de aspectos relacionados con el ejercicio y acceso a la muerte digna. El enfoque de dicha regulación está puesto sobre los cuidados paliativos por lo que

define los criterios para identificar a los sujetos que pueden ser tenidos como enfermos terminales o con enfermedades degenerativas, irreversibles. Estas pueden ser tanto físicas como mentales. La Ley reconoce que esas afectaciones comportan un significativo impacto en la calidad de vida de la persona y en consecuencia reconoce para esas personas y sus familias las siguientes prerrogativas:

*“1. Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.*

*2. Derecho a la información: Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, tiene derecho a recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información sobre los cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.*

*3. Derecho a una segunda opinión: El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.*

*4. Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.*

5. *Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo: Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.*

6. *Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.*

7. *Derecho de los familiares. Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad.”*

Tanto esta norma como las reglas jurisprudenciales que en adelante serán referenciadas han sido desarrollados por vía reglamentaria, eminentemente a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Ley 2055 de 2020.** *“Por medio de la cual se aprueba la «convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015.”*

En virtud de la adopción del referido instrumento de derechos humanos en el ámbito interamericano, el Estado se obligó a adoptar medidas que garanticen los cuidados paliativos a las personas mayores. Estas obligaciones también tienen alcance sobre la familia y el entorno de los pacientes. Así, se establece el reconocimiento de ciertos derechos como el de la salud, y el de recibir servicios de cuidado a largo plazo. Así las cosas, los cuidados paliativos se tienen como constitutivos de un derecho humano que el Estado colombiano está en obligación de proteger y garantizar.

### **3.3. REGLAMENTARIOS**

**Resolución 13437 de 1991** expedida por el Ministerio de Salud *“por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”*

Incluso antes de que la Corte Constitucional lo hiciera, este acto reconoció por vez primera en un sentido normativo el derecho a la muerte digna. Lo hizo en el artículo





primero, en el que reconoció una serie de derechos de los pacientes frente al sistema de salud, entre los cuales se encuentran los que se encuentran:

“(...)

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.”

**Resolución 1216 de 2015** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. *“Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-980 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”.*

Fijó los parámetros generales para garantizar el derecho a morir dignamente, así como la conformación y funciones de los comités científico-interdisciplinarios. Esta resolución fue derogada por la Resolución 971 de 2021, también expedida por el Ministerio de Salud y protección social.

**Resolución 0825 de 2018** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. *“Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes.”*

Este acto también se dio como parte del cumplimiento de las órdenes dadas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-540 de 2017. Como lo indica su nombre, se establecieron los parámetros generales para acceder al derecho a morir dignamente en niños, niñas y adolescentes.

Así, definió el derecho a los cuidados paliativos pediátricos, dispuso criterios para la toma de decisiones de niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico y dispuso una comprensión diferencial sobre la comprensión de la muerte en esta población de acuerdo con cuatro rangos de edad: 0 a 3 años, 3 a 6 años, 6 a 12 años y a partir de los 12 años en adelante.

**Resolución 2665 de 2018** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. *“Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada”*

Este acto dispone entre otras, el contenido, los requisitos, formas y condiciones para que las voluntades anticipadas se consideren válidas y para que los interesados tengan acceso y puedan manifestar su voluntad por intermedio del referido documento.

**Resolución 229 de 2020** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la*

*persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*

En ese acto, el capítulo 4.5. estuvo dedicado a establecer regulaciones sobre el derecho a morir dignamente. La Resolución resaltó que ese derecho está vinculado con el derecho a la vida digna y que la muerte digna no se refiere exclusivamente a la eutanasia sino también a todo el proceso de la muerte incluyendo los cuidados paliativos y la limitación de los esfuerzos terapéuticos o de readecuación de las medidas asistenciales.

En línea con ello, la reglamentación le reconoció a los pacientes los siguientes derechos:

*“4.5.2.1 Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.*

*4.5.2.2 Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.*

*4.5.2.3 Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal.*

*4.5.2.4 Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo éstas no son excluyentes. El médico tratante, o de ser necesario el equipo médico interdisciplinario, debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico.*

*4.5.2.5 Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse.*

4.5.2.6 *Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, así como sobre su plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. También le será informado acerca de su derecho a negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse la misma.*

4.5.2.7 *Solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que sean fútiles o desproporcionados en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.*

4.5.2.8 *Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida en consonancia con su derecho a morir con dignidad permitiendo una muerte oportuna.*

4.5.2.9 *Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos.*

4.5.2.10 *Ser respetado en su voluntad de solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.*

4.5.2.11 *A que le sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre, inequívoca e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso al adecuado alivio sintomático.*

4.5.2.12 *Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos, sin perjuicio de las excepciones legales.*

4.5.2.13 *Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho, y sin que se prolongue*

*excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.*

*4.5.2.14 Recibir por parte de los profesionales de la salud, los representantes y miembros de las EPS e IPS una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos y procesos asistenciales orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través del procedimiento eutanásico.*

*4.5.2.15 Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.*

*4.5.2.16 A que la IPS donde está recibiendo la atención, con apoyo de la EPS en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objetor de conciencia.*

*4.5.2.17 Recibir la ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y acompañamiento no debe ser esporádica, sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.*

*4.5.2.18 Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya donde exprese sus preferencias al final de la vida y dé indicaciones concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocarlo, sustituirlo o modificarlo.*

*4.5.2.19 Que en caso de inconciencia o incapacidad para decidir al final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consienta, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del mejor interés del paciente.*

*4.5.2.20 Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y a que estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona; lo anterior, sin desconocer la buena práctica médica.*

*4.5.2.21 Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.*

*4.5.2.22 Recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a ser respetado en sus creencias, cualquiera que estas sean, al igual que negarse a recibir asistencia espiritual y a ser respetado en su decisión.”*

Además, estableció como deberes de los pacientes informar al médico sobre la existencia o prueba de una expresión de voluntad anticipada e información sobre la enfermedad avanzada, terminal o incurable.

**Resolución 971 de 2021** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”*

Este acto dio cumplimiento a las órdenes dadas por la Corte Constitucional en las sentencias T-970 de 2014 y T-423 de 2017 y actualizó el procedimiento previsto en la Resolución 1216 de 2015.

Estableció las condiciones y particularidades del procedimiento para ejercer el derecho a la muerte digna bajo la modalidad de eutanasia. Fijó, entre otros, como requisito ser ciudadano colombiano o siendo extranjero probar un año de residencia ininterrumpida en el país.

Esta es la norma más actualizada y completa para guiar las acciones del talento humano en salud y del personal médico, de las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, de las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB y de los ciudadanos en lo que tiene que ver con el acceso y goce del derecho a la muerte digna por medio de la eutanasia.

### 3.4. JURISPRUDENCIALES

Ante la reiterada omisión legislativa por parte del Congreso de la República, los principales reconocimientos y desarrollos normativos en materia del derecho a la muerte digna han sido acotados por vía jurisprudencial. De manera preponderante por parte de la Corte Constitucional.

Esta línea se ha consolidado hasta la fecha a partir de 10 sentencias, entre las que se encuentran tanto fallos de constitucionalidad como de tutela. Providencias cuyas reglas y consideraciones más relevantes se referencian a continuación considerando que irradian y delimitan el margen de configuración normativa con el que cuenta el legislador para esta materia.

En el año 1993, mediante la sentencia **T-493 de 1993** la Honorable Corte Constitucional reconoció por primera vez la relación existente entre los derechos fundamentales a la intimidad personal y familiar, el libre desarrollo de la personalidad y la decisión autónoma e individual de no continuar con un tratamiento médico.

Es importante notar que en aquel entonces la eutanasia estaba tipificada en el código penal como homicidio por piedad con fines altruistas. Si bien el caso que llevó a la decisión de la Corte no versaba sobre la aplicación de la eutanasia, ni con un caso de homicidio con piedad o con fines altruistas, esta decisión la decisión fue relevante toda vez que vinculó por vez primera el reconocimiento y ejercicio de ciertos derechos fundamentales a través del respeto de las decisiones personales relativas al uso o continuidad de tratamientos médicos.

Al respecto consideró la Corte que:

*“desconocen el mandato constitucional del artículo 16, que reconoce el derecho al libre desarrollo de la personalidad “sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”, en cuanto coartan la libertad que posee María Libia Pérez Duque de decidir si se somete o no a un tratamiento médico y las modalidades del mismo, e interfieren indebidamente la potestad de autodeterminarse, conforme a su propio arbitrio dentro de los límites permitidos, en lo relativo a lo que a su juicio es más conveniente”*

(...)



*no acudir a los servicios médicos (...) no vulnera ni amenaza los derechos de los demás, ni el orden jurídico; por consiguiente, merece ser respetada, dentro del ámbito del reconocimiento de su derecho al libre desarrollo de la personalidad.”*

Respecto de la relación entre el derecho a la intimidad y la libertad de elegir un tratamiento médico, incluyendo el no tratamiento absoluto de la enfermedad, la Corte regló:

*“la imposición a María Libia Pérez Duque de un determinado patrón de conducta respecto a la enfermedad que padece menoscaba su potencialidad como persona, su capacidad de autodeterminación, y desconoce el derecho a la intimidad personal y familiar (...) en efecto, el derecho a la intimidad comprende la personalísima esfera de las personas que, por su naturaleza, no le atañe a terceros, así estos sean el Estado o los consanguíneos próximos de éstas.”*

Esta decisión sentó las bases y abrió la puerta al debate que luego llevaría a reconocer la existencia del derecho a una muerte digna.

Fue en 1997 que la Corte Constitucional por primera vez se pronunció sobre la constitucionalidad de la tipificación como delito del homicidio por piedad. Así, en la sentencia **C-239 de 1997**, con ponencia del Magistrado Carlos Gaviria Díaz, el Alto Tribunal reconoció que la vida digna guarda estrecha relación y se materializa con el acceso al derecho de una muerte digna. Ello, al considerar que una enfermedad puede hacer que la vida sea incompatible con el concepto de dignidad y calidad de vida que detente cada individuo.

Más aún, regló la Corte que impedir el acceso a la muerte digna supone un trato cruel e inhumano, una anulación de la dignidad y de la autonomía de la persona. Además, consideró que, en perspectiva constitucional, la protección a la vida debe darse con arreglo al goce efectivo de la autonomía, la dignidad humana, con el libre desarrollo de la personalidad y por ende con el acceso a la muerte digna.

*“El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto, en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto.*

*En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto.”*

Así, reconoció la posibilidad individual de decidir poner fin a la propia vida, justamente ante situaciones en que el individuo considere que las condiciones de su existencia riñen con una vida que merezca la pena ser vivida y que sea digna. Esa decisión no puede ser imposibilitada ni objeto de castigo por parte del Estado.

*“El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico.”*

Anticipando posibles preocupaciones respecto de la compatibilidad de garantizar el acceso a la muerte digna con concepciones morales y religiosas es preciso traer a cuento la resolución alcanzada por la Corte Constitucional respecto de esa tensión:

*“si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se*



*encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral. De nadie puede el Estado demandar conductas heroicas, menos aún si el fundamento de ellas está adscrito a una creencia religiosa o a una actitud moral que, bajo un sistema pluralista, sólo puede revestir el carácter de una opción. Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas, así una inmensa mayoría de la población las estime intangibles.*

(...)

*Desde una perspectiva pluralista no puede afirmarse el deber absoluto de vivir. Quien vive como obligatoria una conducta, en función de sus creencias religiosas o morales, no puede pretender que ella se haga coercitivamente exigible a todos; sólo que a él se le permita vivir su vida moral plena y actuar en función de ella sin interferencias.”*

De conformidad con ello, el Alto Tribunal regló que siempre que exista consentimiento informado por parte de un paciente con enfermedad terminal que comporte intenso sufrimiento, y que el acceso a la muerte digna sea garantizado por un médico, la eutanasia no deberá ser objeto de la acción penal del Estado.

Finalmente, la Corte Constitucional exhortó al Congreso de la República para que regulara el acceso al derecho a la muerte digna, de conformidad con los parámetros fijados en la sentencia.

*“En aras de la seguridad jurídica, la Corte exhortará al Congreso para que en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna.”*

Para el cumplimiento de tal propósito, la Corte estableció que:

*“Los puntos esenciales de esa regulación serán sin duda:*

- 1. Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir;*
- 2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso;*
- 3. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe*



*expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc;*

*4. Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico, y*

*5. Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones.”*

En 2014, y ante la omisión del Congreso frente a la regulación de este asunto, la Corte Constitucional volvió a pronunciarse sobre el particular. En sentencia **T-970 de 2014** el Alto Tribunal volvió a exhortar al Legislativo y al Ministerio de Salud a regular el acceso a la muerte digna y en particular a la eutanasia, notando que el vacío normativo existente en la materia ponía en riesgo el acceso al derecho a la muerte digna y la efectividad de las órdenes impartidas por el alto tribunal en la referida providencia de 1997.

Reiteró las tres condiciones fijadas desde 1997 que debe observar el legislador y que obran para que una persona pueda acceder a la eutanasia, a saber:

*“(i) medie el consentimiento libre e informado del paciente; (ii) lo practique un médico; (iii) el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento.”*

A su vez, consolidó la comprensión de la muerte digna como un derecho fundamental, autónomo e independiente relacionado con otros como la vida, la autonomía y la dignidad humana:

*“El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental. Esta garantía se compone de dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual. En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida. El derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía, así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría.”*



Además, el Alto Tribunal precisó que dentro de los mecanismos para garantizar el acceso a la muerte digna existe la eutanasia, los cuidados paliativos cuando el paciente no desee provocar su muerte, y la adecuación de los tratamientos médicos, entre otros.

Esta providencia resulta relevante también en materia de objeción de conciencia, pues dispone que el profesional de la salud deberá ejercer ese derecho por escrito pero que la EPS responsable deberá, en menos de 24 horas, reasignar otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.

La Corte Constitucional volvió a pronunciarse respecto del ejercicio del derecho a la muerte digna con relación a la muerte médicamente asistida en la sentencia **T-132 de 2016**. En aquella providencia reiteró como una condición entonces necesaria para acceder a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida que la persona sufriera una enfermedad terminal.

Luego, en la sentencia **T-322 de 2017** la Corte Constitucional reiteró la importancia de que el consentimiento de acceder a la muerte médicamente asistida fuera reiterado. Así, regló el deber de constatación de la voluntad, especialmente cuando hay circunstancias concomitantes a la enfermedad como abandono o sensaciones de soledad.

Como resultado de otra revisión de un trámite de tutela, la Corte Constitucional profirió la sentencia **T-423 de 2017**. En esa decisión ordenó a entidades públicas y privadas adoptar medidas para evitar que las barreras de acceso propias del sistema de salud y de los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud impidieran el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

El Alto Tribunal reiteraría esa comprensión a través de la sentencia **T-721 de 2017** con ocasión de la cual expresó que:

*“El derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones y no es unidimensional, como hasta ahora se ha concebido, haciendo énfasis en la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”, pues se trata de un conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud.”*

En esa misma providencia se precisó que cuando la persona se encuentra en estado vegetativo o en situación que imposibilita la expresión de su voluntad, es dable conceder la muerte médicamente asistida obrando para ello el consentimiento sustituto. Así, no es admisible exigir un documento que acredite en consentimiento previo. Agregó que en esos casos era exigible a las entidades de

la salud que agotaran los mecanismos para determinar el cumplimiento del resto de condiciones por parte del paciente para acceder a la muerte médicamente asistida.

La Corte Constitucional continuó acotando el alcance y los titulares del derecho a la muerte digna en la sentencia **T-544 de 2017**. En dicha providencia reconoció que la eutanasia no debía estar proscrita para niños, niñas y adolescentes pues al ser un derecho fundamental no puede estar restringido por un criterio de edad. Además, reconoció que tal prerrogativa desarrolla el principio del interés superior del menor.

*“considerar que solo son titulares del derecho los mayores de edad implicaría el desconocimiento de la jurisprudencia de esta Corporación en la que no se ha efectuado una distinción fundada en esa circunstancia, la violación del principio de interés superior de los niños, niñas y adolescentes previsto en el artículo 44 Superior, y llevaría a admitir tratos crueles e inhumanos de los menores de edad, y la afectación de su dignidad.*

(...)

*la dignidad humana como principio fundante del ordenamiento jurídico colombiano y por tanto del Estado, reconocida como principio constitucional general y derecho fundamental autónomo obliga a reconocer la titularidad del derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes*

(...)

*la Sala reconoce que la materialización del derecho presenta algunas diferencias y particularidades en relación con los NNA, principalmente en los aspectos relacionados con el consentimiento y la manifestación de la voluntad, las cuales no pueden llevar a desconocer que son titulares del derecho. Por el contrario, esas particularidades deben ser reconocidas, consideradas y afrontadas en aras de lograr una oportuna regulación de esos aspectos específicos”*

Así, incluyó un exhorto adicional al Ministerio de Salud y Protección Social para que reglamentara las condiciones para que los niños, niñas y adolescentes vieran protegido su derecho de acceso a la muerte digna. Como se ilustró en el acápite anterior, en cumplimiento de dicha resolutive, el Ministerio expidió la Resolución 825 del 2018.

De manera más reciente, como por ejemplo mediante la sentencia **T-060 de 2020** el Alto Tribunal ha seguido insistiendo en la necesidad de que el Congreso expida una regulación legal de la materia. Lo anterior, al notar que el vacío normativo respecto del ejercicio del derecho a la muerte digna ponía en riesgo el ejercicio de ese derecho. Específicamente identificó ese riesgo en el caso de los pacientes que no están en capacidad de manifestar su voluntad y que no han dejado un documento de voluntad anticipada.

A su vez, en esa decisión reiteró los precitados requisitos para acceder a la eutanasia entre los que hasta el momento se encontraba padecer una enfermedad terminal. Al respecto, reiteró que es constitucionalmente admisible que para acceder a la muerte digna se haga uso de un consentimiento sustituto. Ello, en los casos en que el paciente que sufra una enfermedad terminal no pueda manifestar su consentimiento. Sin embargo, dispuso que en esos casos de debe valorar de manera más estricta el cumplimiento de los otros requisitos para acceder al procedimiento.

El precedente más reciente por medio del cual la Corte Constitucional ha fijado el alcance del derecho a la muerte digna y las condiciones para ejercer ese derecho fue la sentencia **C-233 de 2021**.

La novedad más relevante fue que por intermedio de esta providencia, el Alto Tribunal amplió las causales para acceder a la muerte médicamente asistida como medio para ejercer el derecho a la muerte digna.

Así, dispuso que en adelante no sería constitucionalmente admisible exigir que el paciente tenga una enfermedad terminal como condición para concederle la muerte médicamente asistida. En cambio, regló que la condición que debe acreditarse es el padecimiento de un intenso sufrimiento físico o psíquico resultante de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

*“la condición de enfermedad terminal efectivamente puede llevar al desconocimiento de la prohibición de someter a una persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes, puesto que: (i) imponer a una persona soportar el sufrimiento derivado de enfermedad o lesión grave e incurable implica someterla a tratos y penas inhumanas, crueles y degradantes; (ii) no resulta justificable que una persona pueda elegir terminar su vida en esas condiciones cuando recibe el diagnóstico de enfermedad terminal, pero no cuando no lo tiene, pues en el primer caso, razonablemente, su sufrimiento se extenderá por un tiempo más corto que en el segundo; (iii) estos padecimientos intensos no suponen en realidad un beneficio para el bien jurídico de la vida, dadas las condiciones ya exigidas por el tipo penal (enfermedad grave e incurable que provoca intensos sufrimientos); (iv) en torno al sufrimiento y el dolor*

*una vertiente considera que es posible identificar el dolor a partir de criterios objetivos, y otra lo describe como una experiencia esencialmente subjetiva; (v) la Sala respeta ambas corrientes, pero en el ámbito del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, existe una subregla que privilegia la dimensión subjetiva.*

*(...)*

*La condición de enfermedad en fase terminal supone una restricción cierta y profunda a la autonomía, que no privilegia con igual intensidad el valor de la vida, pues, como se ha explicado, ya se exigen otras circunstancias de salud en el artículo 106 del Código Penal, que pueden considerarse extremas, y que constituyen fuente de sufrimiento intenso.*

*(...)*

*la Sala observa que la condición de enfermedad en fase terminal se convierte en una barrera de acceso a servicios para la muerte digna, irrazonable y desproporcionada, que ocasiona un déficit de protección a personas que son sujetos de especial protección por las condiciones de salud extrema que padecen.*

*(...)*

*la exigencia de que la persona, además de padecer una enfermedad grave e incurable, tenga un pronóstico de muerte próxima, resulta desproporcionada, pues impide a las personas afectadas por las enfermedades citadas ejercer su autodeterminación y elegir el modo de finalizar su vida, y genera un efecto disuasorio sobre los profesionales de la salud para un ejercicio ético y altruista de su profesión.”*

Al respecto agregó, que el fundamento de ese cambio responde a que los intensos sufrimientos por causa física o moral vinculada con una condición de salud comprometen la vida digna y por ende deben obrar como causa para proteger el derecho a la muerte digna y por esa vía a la dignidad humana, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad:

*“la Constitución Política no privilegia ningún modelo de vida y, en cambio, sí asume un serio compromiso con la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad que implica contar con la opción autónoma de elegir un modo de muerte digna. En ese sentido, la dignidad humana protege al sujeto que se encuentra en*



*circunstancias de salud que le producen intensos sufrimientos de la degradación física o moral, o de una exposición prolongada e indefinida a una condición de salud que considera cruel, dada la intensidad del dolor y el sufrimiento.”*

De manera complementaria, reconoció al derecho fundamental a la muerte digna como conexo con el derecho fundamental a la salud. Al respecto sostuvo que:

*“El derecho a morir dignamente es un puente humanitario entre la vida y la muerte construido mediante servicios o prestación de salud, o, de ser el caso, mediante su omisión (en sus dimensiones de cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico o prestaciones específicas para morir). Mientras no exista la regulación de los elementos estructurales del derecho por vía estatutaria el puente se sostendrá en los fundamentos mínimos que puede establecer este Tribunal, los cuales tienen la fuerza normativa de la Constitución, pero serán siempre exiguos, pues se definen sin contar con la información suficiente, el concurso de expertos, el tiempo necesario para una deliberación profunda y la legitimidad democrática del Congreso de la República.”*

Añadió que la comprensión del derecho a la salud debe irradiar y se erige como estándar para la regulación estatutaria que ahora se propone. Al respecto manifestó que:

*“aunque la Corte mantiene su posición inicial sobre la necesidad de la intervención legislativa, admite que debe existir una articulación entre el juez constitucional y la administración para que los servicios se hagan efectivos, aún sin ausencia de esta regulación. La adecuación de esa regulación deberá asumirse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud.”*

Las cuatro dimensiones a las que se hace referencia son:

*“En armonía con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos la Corporación ha considerado relevante para la comprensión del derecho su división esquemática en cuatro facetas: la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación*



*cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.”*

Finalmente, reiteró que el derecho a morir dignamente no se reduce a la muerte medicamente asistida (eutanasia) sino que comprende también los cuidados paliativos y la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico.

Así, precisó que las tres modalidades o facetas del derecho no son incompatibles entre sí ni tampoco puede el Estado imponer mediante el derecho positivo la obligación de recurrir o preferir una de las facetas por sobre las otras.

*“el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte digna o eutanásicas. Es un deber del estado avanzar progresivamente en cada una de estas facetas, como ocurre con todo derecho fundamental y, en especial, con sus facetas prestacionales. Por esa razón no existe incompatibilidad entre las tres facetas, sino que todas deben contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de auto determinarse de todas las personas en el umbral de la muerte. Por esa razón, no puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.”*

Reconociendo que es deber del Estado avanzar en el reconocimiento y garantía de acceso a esas tres dimensiones del derecho fundamental, el alto tribunal reiteró el exhorto al Congreso de la República para que este legisle en la materia.

#### **4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**





El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, estrechamente relacionado con la dignidad humana, con la autonomía individual, con la intimidad, con la salud y con el libre desarrollo de la personalidad. Pese a ello, es un derecho autónomo e independiente que le permite a la persona tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el proceso de su muerte. Este derecho comprende tres dimensiones o modalidades relacionadas con el final de la vida, a saber: los cuidados paliativos; la adecuación o abandono del esfuerzo terapéutico; y la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia.

Desde 1993 por vía jurisprudencial se inició la construcción normativa de ese derecho. Entre 1997 y el 2021 la Corte Constitucional reconoció la muerte digna como derecho fundamental y fijó las subreglas jurisprudenciales que delimitan su núcleo esencial, su alcance y las condiciones mínimas que han de ser observadas para su garantía y goce efectivo.

Pese a que durante los últimos 25 años se han sucedido 9 sentencias del Alto Tribunal el Congreso de la República no ha regulado la materia. Ello ha dado lugar a un considerable vacío normativo que ha sido llenado parcialmente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social por vía reglamentaria mediante tres resoluciones que actualmente se encuentran vigentes.

Sin embargo, las referidas normas han sido producto de ordenes de la Corte Constitucional en virtud de desarrollos casuísticos y desagregados. Por ende, las Resoluciones y las materias que abarcan responden a la conciencia paulatina del Estado sobre barreras que afectan a la población en su esfuerzo por acceder y gozar plenamente del derecho a la muerte digna. Así las cosas, pese a constituir desarrollos relevantes en los esfuerzos estatales por solucionar la problemática resultan insuficientes.

La inacción del Legislativo por regular la materia en un rango estatutario ha dado lugar a que no exista aún una regulación legal que le otorgue la debida seguridad jurídica y estabilidad a la ciudadanía en general en el acceso al derecho ni a los profesionales de la salud en la prestación de los servicios que garanticen el goce efectivo de la muerte digna.

Tal y como lo ha reconocido la Corte Constitucional en la jurisprudencia arriba referenciada, ese vacío normativo supone un riesgo para la eficacia del derecho y para los intereses y la situación jurídica de ciudadanos y profesionales de la salud. Con todo, esa situación afecta el goce efectivo de un derecho fundamental que en el escenario constitucional que nos convoca tiende a ser medio para el ejercicio de otros derechos. Por ende, el Congreso está llamado a suplir ese vacío normativo como medio también para profundizar en la materialización del proyecto constitucional de 1991.

#### **4.1. RESPECTO DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE Y LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA. LA RELACIÓN ENTRE AMBOS CONCEPTOS Y LAS REGLAS JURISPRUDENCIALES QUE LOS GOBIERNAN:**

##### **El derecho a la muerte digna:**

Es un derecho fundamental, independiente y autónomo. Reconocido como tal por vía jurisprudencial desde 1997. Guarda conexidad y se convierte en medio para el ejercicio y goce efectivo de otros derechos fundamentales y principios constitucionales como la dignidad humana, la autonomía, la intimidad, el libre desarrollo de la personalidad, la salud y la vida.

Para su ejercicio es requisito fundamental la manifestación del consentimiento y para ello se hace necesario el acceso a la información del paciente. A su vez, acceder a servicios de salud resulta necesario para gozar efectivamente de ese derecho. La muerte digna le permite a la persona tener control y tomar las decisiones que considere más adecuadas y compatibles con su concepción de vida digna respecto de todo el proceso de su muerte y del final de su vida.

La muerte digna es un derecho complejo integrado por tres dimensiones o modalidades, a saber: los cuidados paliativos, la adecuación o renuncia al esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia.

Esas dimensiones no son excluyentes por lo que para gozar del derecho a la muerte digna no es dable exigir que la persona use alguna en particular en desmedro de otra(s) ni tampoco es dable imponer un orden o secuencia temporal en su uso. Por el contrario, si en ejercicio de la autonomía de la voluntad la persona opta por acudir a las diferentes modalidades de manera concomitante puede hacerlo.

##### **La muerte médicamente asistida:**

También conocida como eutanasia es uno de los tres mecanismos o dimensiones mediante las cuales es posible ejercer el derecho fundamental a morir dignamente. Es entendida como el procedimiento médico por medio del cual un profesional de la salud induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada como medio para detener el sufrimiento intolerable que padece.

El concepto de eutanasia etimológicamente responde a la noción de “buena muerte o buen morir”. De esa forma, el término eutanasia se emplea popularmente para hacer referencia al procedimiento de la muerte médicamente asistida toda vez que

permite que quien lo solicite descanse e interrumpa el sufrimiento insoportable, mediante la muerte. (Marín-Olalla, 2018).<sup>1</sup>

Es preciso advertir que un error común es considerar que la eutanasia o la muerte médicamente asistida equivale a los procesos eugenésicos que por ser discriminadores y atentar contra la dignidad humana son incompatibles con nuestra carta política. El tratadista Marín Olalla (2018) aclara la confusión al precisar que en realidad la eutanasia o la muerte médicamente asistida no puede comprenderse bajo los lentes del homicidio

*“porque es imposible que una muerte sea, a la vez, voluntaria y contra la voluntad de una persona. Por esta razón, el concepto de eutanasia involuntaria es un oxímoron; si no es voluntaria, quizá sea un homicidio compasivo, pero no una eutanasia”<sup>2</sup>*

Tal precisión ha ocupado a la Corte Constitucional desde los albores del estudio jurisprudencial de la materia. Así, en providencias axiales para la comprensión actual del alcance de la muerte médicamente asistida como la C-239 de 1997 y la C-233 de 2021 el Alto Tribunal ha advertido que bajo ninguna consideración la muerte médicamente asistida puede ser considerada como una práctica eugenésica. La distinción, entre otras, yace en que la primera es voluntaria, consentida y garantiza el principio de dignidad humana mientras la segunda no lo es y resulta nugatoria del referido principio.

Respecto de las condiciones para el ejercicio de la muerte médicamente asistida la Corte Constitucional ha notado que existe un vacío normativo que pone en riesgo el ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna en relación con esta modalidad. En 9 sentencias entre 1997 y 2021 ha precisado el alcance de la muerte médicamente asistida y ha fijado subreglas para su regulación, que hasta la fecha es meramente reglamentaria.

Así las cosas, el derecho a la muerte digna busca ser protegido y reglamentado por vía legal. Por su parte, la muerte médicamente asistida, también conocida como eutanasia, es uno de tres mecanismos o dimensiones que se orientan a garantizar el derecho fundamental a la muerte digna y al tiempo, lo constituyen. Además, es el mecanismo, faceta o dimensión del derecho en que la presente regulación ahondará como vía para avanzar en el goce efectivo del referido derecho fundamental.

Valga advertir que el presente proyecto de ley se enfoca en la modalidad de la muerte médicamente asistida toda vez que es el elemento del derecho fundamental

---

<sup>1</sup> Fernando Marín- Olalla. (2018). “Sociedad española de la salud pública y administración sanitaria”. En: Gaceta Sanitaria

<sup>2</sup> Ibidem.



a la muerte digna respecto del cual la Corte Constitucional ha echado de menos una regulación legal que lo ampare. No ocurre tal cosa con los cuidados paliativos que fueron legalmente reconocidos y regulados por la Ley 1733 de 2014 y que también tienen un amparo convencional adoptado por Colombia a través de la Ley 2055 de 2020.

Adicionalmente a lo antes expresado, la jurisprudencia constitucional ha fijado subreglas y estándares que deben ser tenidos en cuenta en el ejercicio de la actividad legislativa pues orientan y limitan el margen de configuración normativa con el que cuenta el legislador respecto de esta materia.

Así, las principales conclusiones normativas de la línea jurisprudencial respecto del goce efectivo de la muerte digna y en particular de la muerte médicamente asistida son:

- 1) La muerte médicamente asistida es una de las múltiples dimensiones del derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente a la muerte digna.
- 2) El acceso a la muerte médicamente asistida y el goce del derecho a la muerte digna permite a la persona ejercer su autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y vivir con dignidad. Toda restricción arbitraria a ese derecho fundamental repercute negativamente en el goce de otros derechos como la salud, la intimidad personal y familiar e impone tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- 3) El derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte médicamente asistida o eutanásica. No existe incompatibilidad entre las tres facetas, pueden ser concomitantes y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte. No puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.
- 4) El Estado está en la obligación de garantizar y desarrollar los mecanismos normativos para regular la muerte médicamente asistida y para garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. El vacío normativo existente en materia de muerte médicamente asistida supone una amenaza para el goce efectivo del referido derecho fundamental.
- 5) El acceso a la muerte médicamente asistida está orientado por los principios de prevalencia de la autonomía, celeridad, oportunidad e imparcialidad. El

eje central, tanto para acceder como para desistir a los tratamientos es la voluntad del paciente.

- 6) El acceso a la muerte médicamente asistida está condicionado por tres requisitos: i) acreditar el consentimiento informado del paciente, ii) el procedimiento sea practicado por un médico, iii) la persona debe padecer de una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario acreditar la existencia de una enfermedad terminal ni el pronóstico médico de muerte próxima.
- 7) Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico hay dos concepciones. Una que considera que este es identificable a partir de criterios objetivos y otra que lo reconoce como una experiencia esencialmente subjetiva. Debe prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo del paciente para determinar la presencia de un intenso sufrimiento físico o psíquico.
- 8) El Estado no puede castigar, mucho menos por vías penales, a quien garantice o participe en el acceso a la muerte médicamente asistida cuando esta ocurra con el lleno de los requisitos exigidos.
- 9) El profesional de la salud podrá objetar conciencia por escrito para negarse a practicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida por considerarlo incompatible con sus convicciones personales. En esos casos la EPS debe, en menos de 24 horas, reasignar a otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.
- 10) El consentimiento del paciente debe ser previo, libre, informado, inequívoco, reiterado y podrá ser expresado tanto de forma verbal como escrita. Que sea previo implica que el consentimiento podría ser previo a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Que sea libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros. Que sea informado implica que los especialistas deben brindar al paciente y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida de un ser humano; y por inequívoco se tiene que debe tratarse de una decisión consistente y sostenida. Así el consentimiento debe partir de la información adecuada y pertinente brindada por el médico tratante.
- 11) La confirmación del consentimiento deberá darse dentro de un término razonable para no hacer nugatorio el acceso al derecho fundamental. El término de la confirmación del consentimiento en ningún caso deberá ser superior a diez días calendario, para dar paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible

y, en cualquier caso, en un máximo de quince días contados desde la reiteración de la decisión.

- 12) El paciente puede desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida.
- 13) Cuando el paciente se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad podrá hacerse valer un documento de voluntad anticipada o el consentimiento sustituto por parte de un familiar o representante legal del paciente para que este último acceda a la muerte médicamente asistida. En el proceso de consecución del consentimiento sustituto se debe inferir que persigue la mejor condición para el paciente e indagar por la posición que expresaría la persona en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo. No se podrá exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada) pues con uno de los dos basta.
- 14) En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida, se deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de las otras dos condiciones para acceder a esta modalidad de muerte digna.
- 15) Los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a las entidades públicas con competencia en la materia, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impiden el goce efectivo de la muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida. Deberán ajustar sus protocolos para facilitar en cumplimiento de la normativa que regule el acceso a la muerte médicamente asistida y a la muerte digna.
- 16) Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a la muerte digna y por ende también pueden acceder a la muerte médicamente asistida.
- 17) Prohibir la aplicación de la muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y llevaría a admitir tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad.
- 18) Las condiciones de acceso a la muerte digna y a la modalidad de muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes deben ser diferenciales respecto del resto de la población. Se deben adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad.

- 19) Aunque por regla general los niños, niñas y adolescentes expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del niños, niñas y adolescentes lo permitan. De forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente. En estos eventos, los padres, personas o entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación.
- 20) La regulación de la muerte médicamente asistida y del derecho fundamental a morir dignamente debe darse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.
- 21) Se deben garantizar ciertos derechos a los familiares del paciente como apoyo médico, social, espiritual y psicológico.

Se desprende también de la jurisprudencia constitucional que la regulación legal de la muerte médicamente asistida debe considerar, cuando menos, los siguientes elementos:

- 1) Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad o lesión que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir;
- 2) Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso. Esto incluye:
  - Al médico y comités científicos interdisciplinarios en las EPS, con las funciones de (i) acompañar al paciente y su familia durante el proceso; (ii) garantizar asesoría a la familia en los momentos posteriores a lo muerte, a nivel psicológico, médico y social, para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de la decisión de solicitar el procedimiento de acceso a la muerte digna, como del propio deceso del paciente. Este servicio de atención y ayuda debería darse durante las fases de decisión y durante el procedimiento, y garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Los comités deberían también (iii) poner en conocimiento de las autoridades cualquier posible irregularidad, falta o delito.
- 3) Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento:

forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc. Esto incluye la modalidad de documento de voluntad anticipada y de consentimiento sustituto.

- 4) Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico.
- 5) Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones. Esto incluye capacitaciones a los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido e importancia del derecho fundamental a la muerte digna.
- 6) Incorporación de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: i) la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; ii) la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; iii) la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y iv) la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.
- 7) En el caso del procedimiento para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida las etapas generales serán las siguientes:
  - (i) la manifestación libre del niño, niña o adolescente -NNA, de sus padres, o de sus representantes legales, de que padece una enfermedad terminal y sufre dolores intensos que lo llevan a querer ejercer el derecho a la muerte digna; (ii) tal manifestación deberá hacerse ante el médico tratante; (iii) la convocatoria del comité científico interdisciplinario por parte del médico tratante; (iv) la reiteración de la intención inequívoca de morir. Establecido el cumplimiento de los requisitos, en un plazo no superior a diez días calendario se le preguntará al paciente si se mantiene en su decisión; (v) en caso de que la respuesta sea afirmativa, el comité determinará el cumplimiento de los requisitos y programará el procedimiento para el momento que indique el paciente o máximo en el término de quince días después de reiterada su decisión. En cualquier momento los niños, niñas o adolescentes, o sus representantes podrán desistir de su decisión; (vi) el estudio de las solicitudes en cada etapa deberá considerar la madurez emocional de cada niño, niña o



adolescente y, cuando sea aplicable, diseñar mecanismos para la manifestación del consentimiento sustituto por los dos padres del menor de edad o quienes tengan su representación legal.

#### **4.2. SITUACIÓN ACTUAL. BARRERAS, PROBLEMAS Y CIFRAS DE ACCESO A LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA EN COLOMBIA.**

De acuerdo con información provista por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el 2015 y a corte del 30 de marzo de 2020, se habían realizado y reportado en Colombia 92 procedimientos de muerte médicamente asistida. De acuerdo con los datos de la referida cartera, para junio de 2021 la cifra había aumentado a 149 procedimientos.

Es dable considerar que existe un subregistro toda vez que solo se registran las solicitudes que culminan con la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Por ende, queda claro que el Ministerio de Salud y Protección Social no lleva recuento de las solicitudes que por voluntad del paciente o por barreras de acceso no alcanzan a garantizar el derecho a morir dignamente.

La única información disponible respecto del número de peticiones, también provista por el propio Ministerio, con respaldo de los Comités Interdisciplinarios encargados de verificar el cumplimiento de los requisitos para el acceso a servicios de muerte digna, sugiere que, en instituciones de cuarto nivel, se realizan en promedio seis (6) de cada quince (15) solicitudes. Esto corresponde a cerca del 40% del total de solicitudes.

El año en que más procedimientos se realizó fue el 2019, seguido del 2018. La inmensa mayoría de los procedimientos que se habían realizado a corte de marzo de 2020 respondieron a pacientes de cáncer (82 de los 92).<sup>3</sup> De acuerdo con información de la Corte Constitucional, solo uno de esos 92 procedimientos, en 2018, se realizó empleando para ello la figura del consentimiento sustituto.<sup>4</sup>

Conforme con el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia del Ministerio de Salud y Protección Social y de la información provista por ese Ministerio, desde el 2015 la recomendación técnico-científica para que el procedimiento sea efectivo y rápido es aplicar alguno de los siguientes cinco medicamentos: Lidocaína sin epinefrina, Midazolam, Fentanyl, Propofol o Tiopental Sódico o Vecuronio. Esto en dosis que van respectivamente entre los 2mg/kg, 1mg/kg, 25mg/kg, 20 o 30mg/kg y 1mg/kg. A su vez, el tiempo de latencia

---

<sup>3</sup> Con información tomada de la ponencia para segundo debate al proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2020 Cámara, elaborada por el Honorable Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes Kuri.

<sup>4</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-233 de 2021. Anexo 1.

reportado para los referidos fármacos es respectivamente de 10, 30, 30-45, 30-45, 30-45 o 90 segundos.<sup>5</sup>

A su turno, la Superintendencia de Salud, en la intervención que realizó ante la Corte Constitucional en el proceso que dio lugar a la sentencia C-233 de 2021, reportó que había recibido 38 quejas, reclamos o solicitudes relacionadas con la aplicación de diferentes mecanismos para acceder a la muerte digna. De acuerdo con la Superintendencia son siete los asuntos centrales sobre los que versan esas peticiones, quejas y sugerencias, a saber:

- (i) la demora para la autorización de los procedimientos.
- (ii) la falta de oportunidad para la asignación especializada.
- (iii) la tardanza en la autorización de los procedimientos y medicamentos no incluidos en los planes básicos de salud.
- (iv) las quejas originadas en el seguimiento a derechos de petición.
- (v) la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención.
- (vi) la demora o ausencia de autorización de cirugías o de entrega de medicamentos excluidos de los planes básicos de salud.
- (vii) la existencia de un conjunto de quejas asociadas a problemas de información sobre los servicios, los derechos, deberes y trámites para el acceso a la muerte digna.

Así, las principales barreras para acceder a la muerte médicamente asistida, y por esa vía para ver garantizado el derecho a la muerte digna, versan sobre dificultades para autorizar el procedimiento, la falta de información para acceder, y las demoras en la prestación del servicio.

#### **4.3. PERSPECTIVA COMPARADA DE LA REGULACIÓN DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE Y EN PARTICULAR DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA.**

A nivel global, el derecho a morir dignamente y en particular el mecanismo de muerte médicamente asistida no ha estado exento de debate. El reconocimiento del referido derecho y de la mencionada modalidad para ejercerlo ha llegado tanto como resultado de procesos de discusión democrático en los congresos y parlamentos de diversos estados como por acción del poder judicial o incluso mediante mecanismos de participación directa como los referendos.

Así las cosas, en el mundo este ha sido un derecho que se encuentre o bien positivizado por textos legales o que ha sido desarrollado y reconocido por vía jurisprudencial. Estados como Canadá, Holanda, Bélgica, Estados Unidos y Luxemburgo fueron pioneros en alcanzar textos legales que regulan el ejercicio de

---

<sup>5</sup> Ibidem.



la potestad de poner fin a la vida con asistencia médica.

Autores como Marín-Olalla (2018) señalan que en todo caso la denominación legal del derecho a la muerte digna y de la muerte médicamente asistida varía en cada locación.

*“En los Países Bajos, país pionero en su regulación, la ley de eutanasia (2002) se llama «de terminación de la vida» a petición propia, mientras que en Bélgica se llama «ley de eutanasia» (2002). En Oregón, el suicidio asistido se regula en la «ley de muerte con dignidad» (Death with Dignity Act, 1998), y en California, en la «ley de opción al final de la vida» (End of Life Option Act, 2015). En Canadá, es la «ley de ayuda médica para morir» (Medical Assistance in Dying, 2016), y en Victoria Australia) es la «ley de muerte voluntaria asistida» (Voluntary Assisted Dying Bill, 2017)”.*<sup>6</sup>

En la actualidad varios Estados entre los que figura Alemania, Austria, Portugal, Irlanda, Francia y Chile en el caso latinoamericano detentan desarrollos jurisprudenciales y/o discuten la eventual aprobación de leyes que regulen la materia, lo que les permitiría sumarse a la precitada lista de Estados donde esta posibilidad ya está legalmente reconocida.

A continuación, se condensa en una tabla el estado actual y la naturaleza y alcance de esos desarrollos jurisprudenciales o de los proyectos de ley que hacen su tránsito legislativo en los mencionados países.

---

<sup>6</sup> Marín- Olalla. (2018). “La eutanasia: un derecho del siglo XXI”. En: Revista de la Sociedad española de la salud pública y administración sanitaria. Citado a su vez en la ponencia para segundo debate presentado por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2020.

**Tabla. Discusiones, avances e iniciativas regulatorias de la muerte médicamente asistida en el mundo. Experiencias legislativas y jurisprudenciales: <sup>7</sup>**

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
<b>Alemania</b> <sup>8</sup>	Garantizado en todas las etapas de la vida de la persona	Artículo 217 del Código Penal. Ayuda al Suicidio.	No se limita únicamente a enfermedad es graves o incurables.	El máximo tribunal alemán determinó que es inconstitucional el artículo de código penal que prohibía el suicidio asistido. Reconoció que esa práctica es manifestación del derecho a una muerte autodeterminada que comprende la libertad de quitarse la vida.y la libertad de buscar la	Poder judicial.  Sentencia del Tribunal Federal Alemán. <sup>9</sup>  Reconoció la competencia del legislador para regular la actividad garantizando un margen suficiente para que las persona	2020

<sup>7</sup> Elaboración propia UTL Juan Carlos Losada Vargas tomando como base y referencia una tabla similar contenida en la ponencia para segundo debate que fue presentada por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021; la información contenida en el anexo 1 de la sentencia C-233 de 2021 y las fuentes citadas por ambos documentos.

<sup>8</sup> Para más información, consultar:

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>

<sup>9</sup> A tenor del texto de la providencia se estableció que: “La decisión de suicidarse se refiere a cuestiones básicas de la existencia humana y afecta a la identidad y la individualidad de esa persona como ninguna otra decisión. (...) La decisión del individuo de poner fin a su propia vida, basada en cómo define personalmente la calidad de vida y una existencia significativa, elude cualquier evaluación basada en valores generales, dogmas religiosos, normas sociales para lidiar con la vida y la muerte, o consideraciones de racionalidad objetiva.” Por ende, la subregla jurisprudencial permite en Alemania acceder a lo que en Colombia se denomina muerte médicamente asistida sin necesidad de explicar o justificar la decisión.

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
				asistencia de terceros para hacerlo.	puedan ejercer su derecho a la muerte autodeterminada.	
<b>Austria</b>	No se especifica	Artículo 78 del Código Penal. Asistencia o ayuda al suicidio. Mantuvo la tipificación de la inducción al suicidio.	No se especifica	El máximo tribunal austriaco determinó que es inconstitucional el artículo del código penal que prohibía la asistencia o ayuda al suicidio. Reconoció que esa práctica se da en ejercicio legítimo de la libre autodeterminación y guarda relación con la vida, la vida privada y la igualdad. Reconoció el derecho a la muerte digna y a organizar la vida propia.	Poder judicial. Sentencia del Tribunal Constitucional. <sup>10</sup> Reconoció la competencia del legislador para regular la actividad garantizando que se prevengan abusos y que la decisión de suicidarse sea libre y no bajo la presión de terceros.	2020 <sup>11</sup>

<sup>10</sup> Para más información consultar: [https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis\\_G\\_139\\_2019\\_vom\\_11.12.2020.pdf](https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf)

<sup>11</sup> Los efectos se causaron desde el 31 de diciembre de 2021.

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
Chile <sup>12</sup>	<p>Ser mayor de 18 años.</p> <p>Ciudadano chileno o persona residente en el país al menos 12 meses antes de la solicitud.</p>	Proceso de aprobación de la ley	<p>Problema de salud grave e irremediable. Debe ser enfermedad terminal, que cause dolencia seria e incurable, una disminución de las capacidades causando dolores y sufrimientos intolerables que no se puede aliviar.</p>	<p>Asistencia médica para morir y cuidados paliativos. Implica que médico suministre o entregue a la persona para su autoadministración una sustancia que cause su muerte.</p> <p>Se requiere certificado de médico psiquiatra y manifestación de voluntad expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre.</p> <p>Protección contra acción penal del Estado para los médicos que estén involucrados en la prestación de la asistencia</p>	Cámara de Diputados	<p>2021 aprobada en la Cámara de Diputados</p> <p><sup>13</sup></p>

<sup>12</sup> A corte de 2019 se habían presentado 4 iniciativas legislativas para ser discutidas en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. (María Lampert Grassi (2019).

<sup>13</sup> Para más información consultar: oficio N° 16.490 de 20 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12267&prmBOLETIN=11745-11>

País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
				médica para morir.		
<b>Francia</b>	No específica	No específica	No específica	El Tribunal Supremo reabrió la vía para desconectar a Vincent Lambert, hombre de 42 años tetrapléjico desde 2008 producto de un accidente.	Judicial	2019
	Personas mayores de edad	No específica	Que la persona sea capaz para decidir Que se encuentre en fase avanzada o terminal de enfermedad grave, incurable que le cause sufrimiento insostenible o la tenga en estado de dependencia	Permitir la muerte médicamente asistido o el suicidio asistido	Cursa un proyecto de ley en el legislativo de Francia. <sup>14</sup>	2022

<b>País</b>	<b>Edad requerida y otras condiciones</b>	<b>Norma previa objeto de discusión</b>	<b>Condiciones o padecimiento requerido</b>	<b>Sentido y alcance del reconocimiento</b>	<b>Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante</b>	<b>Año de discusión</b>
<b>Irlanda</b>	Mayor de 18 años	Ser residente en Irlanda al menos desde un año antes de la solicitud.	Que la persona manifieste con claridad su voluntad. Tener una enfermedad terminal, incurable y progresiva que no puede revertirse con tratamiento.  Incluye protección contra acciones penales a los involucrados en prestar los servicios de muerte médica asistida.	Muerte médicamente asistida.	Poder legislativo. Dying with Dignity Bill. <sup>15</sup>	2021
<b>Portugal</b>	Mayores de edad	Código Penal. Artículos 134, 135 y 139. Homicidio a solicitud	La persona interesada debe solicitar el procedimiento de muerte	Eutanasia, muerte médicamente asistida.  Puede darse con la	Asamblea de la República de Portugal. La ley fue aprobada en 2021 <sup>16</sup> ,	2021

<sup>15</sup> Para más información consultar: <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/bill/2020/24/eng/initiated/b2420d.pdf>

<sup>16</sup> Para más información consultar: <https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/14/02/043/2021-01-30/86?pgs=86-87&org=PLC>



País	Edad requerida y otras condiciones	Norma previa objeto de discusión	Condiciones o padecimiento requerido	Sentido y alcance del reconocimiento	Medio en que se ha dado la discusión y actor relevante	Año de discusión
		de víctima, incitación o ayuda al suicidio y propaganda del suicidio.	<p>médicamente asistida.</p> <p>El consentimiento debe ser actual, reiterado, libre e ilustrado.</p> <p>La persona debe tener sufrimientos intolerables con gravedad y daño definitivo por cuenta de enfermedad incurable o terminal.</p> <p>Debe ser ciudadano nacional de Portugal o haber recibido la residencia.</p>	administración de fármacos por parte de un médico o por la auto administración de medicamentos que pongan fin a la vida.	<p>objetada por inconstitucionalidad por el presidente y fue revocada por el Tribunal Constitucional.</p> <p>Corresponde a la Asamblea de la República decidir si corrigen las inconstitucionales aducidas por el Tribunal o si archivan el proyecto.</p> <p>17</p>	

<https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2a/14/02/076S1/2021-02-12/2?pgs=2-11&org=PLC>

17

Para

más

información

consultar:

<http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html>

y

<https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2a/14/02/097S1/2021-03-16/2?pgs=2-27&org=PLC>

De lo observado es dable concluir que Chile y Portugal están muy próximos a lograr que los esfuerzos legislativos en curso lleguen a convertirse en derecho positivo. Si bien Alemania y Austria ya permiten el acceso a la muerte medicamente asistida, esa potestad se encuentra en grado de reconocimiento jurisprudencial y carece de regulación legal en la materia.

Situación similar a la de Francia en dónde existe un precedente judicial tendiente al reconocimiento de la muerte digna pero aún no se aprueba una ley que subsane los posibles vacíos que la actuación judicial puede dejar. Por ende, si bien podría afirmarse que hay normas en Austria y Alemania que reconocen la posibilidad de acceder a la muerte médicamente asistida se incluyen en la tabla anterior atendiendo a que como lo ha planteado la Corte Constitucional, el desarrollo normativo por vía legal es fundamental para el acceso y goce efectivo del derecho a morir dignamente.

Además, dado que el objetivo de esta iniciativa es subsanar ese vacío legislativo en Colombia, conviene observar de manera independiente aquellas regulaciones legales de los reconocimientos meramente jurisprudenciales.

De acuerdo con la BBC (2020) y La Voz (2019) en el tiempo reciente han surgido nuevos activismos que propenden por insertar este tema en el debate público en países de la región como Argentina y Perú. Curiosamente, esas iniciativas han respondido a experiencias individuales de personas que en esos países encuentran en el derecho una barrera que les impide morir dignamente.

En América Latina Colombia, en virtud de la sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional se convirtió en el primer país en reconocer rango de fundamental al derecho a morir dignamente y en despenalizar la muerte médicamente asistida. Sin embargo, como se ha expresado de forma reiterada, persiste un grave vacío normativo que dificulta el acceso a la eutanasia y el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

En la actualidad, son 9 los Estados en los que existen normas de carácter legal que permiten el ejercicio de la muerte digna por vía de prácticas que podrían ajustarse a lo que la Corte Constitucional colombiana ha denominado muerte médicamente asistida. Esos Estados son: Suiza, Nueva Zelanda, Luxemburgo, Holanda, Estados Unidos, España, Canadá, Bélgica y Australia. A ellos, como se expresó se deberían sumar Colombia, Austria y Alemania para un total de 12 países donde bien por medio legal o jurisprudencial los ciudadanos gozan de esa posibilidad.

Conviene resaltar que en Canadá existe una regulación legal de rango nacional y otra específica para Quebec. En Australia son tres los estados que lo permiten: Western Australia, Victoria y Tasmania. En Estados Unidos, son once los estados que permiten la muerte médicamente asistida. Diez de ellos por vía legal y uno por intermedio de una sentencia judicial. A esos se suman diecinueve estados en los que cursan iniciativas regulatorias similares.

Como se verá, en su inmensa mayoría las regulaciones existentes abordan la muerte médicamente asistida o variantes de prácticas eutanásicas. Sin embargo, algunas regulaciones incluyen disposiciones sobre las otras dimensiones de lo que en

Colombia se ha reconocido como el derecho fundamental a morir dignamente, a saber: la adecuación o suspensión de los esfuerzos terapéuticos y los cuidados paliativos.

La siguiente tabla ilustra y resume a grandes rasgos las características más relevantes de esas regulaciones.

**Tabla. Regulaciones de la muerte médicamente asistida actualmente vigentes en el mundo.<sup>18</sup>**

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
<b>Australia Estado de Victoria.<sup>19</sup></b>	Personas mayores de 18 años.	Ciudadanos australianos. Demostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.  Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.  Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable, avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable. <sup>20</sup>	Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.  El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarlo en caso de que la persona se lo quiera	Ley (Voluntary Assisted Dying Act)	Parlamento del Estado de Victoria	2017 <sup>21</sup>

<sup>18</sup> Elaboración propia UTL Juan Carlos Losada Vargas tomando como base y referencia una tabla similar contenida en la ponencia para segundo debate que fue presentada por el Honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri al Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021; la información contenida en el anexo 1 de la sentencia C-233 de 2021 y las fuentes citadas por ambos documentos.

<sup>19</sup> Mayor información disponible en: <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/8caaf3b4-28f6-3ad1-acf3-e3c46177594e-17-61aa003%20authorised.pdf>

<sup>20</sup> Las discapacidades o enfermedades mentales no clasifican para acceder al procedimiento.

<sup>21</sup> Las distintas disposiciones entraron en vigor de manera progresiva entre abril y julio de 2019.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		<p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>administrar directamente.</p> <p>La solicitud puede ser revisada por el Tribunal Civil y Administrativo de Victoria.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
<b>Australia</b> <b>Estado de</b> <b>Western</b> <b>Australia</b> <sup>22</sup>	Personas mayores de 18 años.	<p>Ciudadanos australianos.</p> <p>Demostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable,</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarle en caso de que la persona se lo quiera administrar directamente.</p>	Ley (Voluntary Assisted Dying Act)	Parlamento del Estado de Western Australia	2019 <sup>24</sup> .

<sup>22</sup> Para más información consultar:

[https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc\\_42491.pdf/\\$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00%5D.pdf?OpenElement)

<sup>24</sup> Entró en vigor en junio de 2021.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		<p>avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.<sup>23</sup></p> <p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>En ese segundo supuesto el médico debe valorar las capacidades de la persona para autoadministrarlo.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
<b>Australia Estado de Tasmania<sup>25</sup></b>	Personas mayores de 18 años.	<p>Ciudadanos australianos.</p> <p>Demostrar al menos 12 meses de residencia en el estado para el momento en que se hace la solicitud del procedimiento.</p> <p>Estar en capacidad de tomar decisiones y comprender la información necesaria para decidir en esta materia.</p> <p>Acreditar una enfermedad, dolencia o condición médica incurable,</p>	<p>Suicidio asistido y muerte médicamente asistida.</p> <p>El médico debe autorizar la solicitud para administrar el medicamento o para recetarlo en caso de que la persona se lo quiera</p>	Ley. End-of-Life Choices - Voluntary Assisted Dying Act	Parlamento de Tasmania	2021

<sup>23</sup> Las discapacidades o enfermedades mentales no clasifican para acceder al procedimiento.

<sup>25</sup> Para más información consultar:

<https://www.legislation.tas.gov.au/view/whole/pdf/asmade/act-2021-001>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		<p>avanzada, progresiva, terminal y que cause sufrimiento intolerable.<sup>26</sup></p> <p>Acreditar que la muerte ocurrirá dentro los siguientes 6 a 12 meses para enfermedades neurodegenerativas.</p>	<p>administrar directamente.</p> <p>En ese segundo supuesto el médico debe valorar las capacidades de la persona para autoadministrársele.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
<b>Bélgica</b>	<p>Disponible para todas las personas sin distinción de edad.</p>	<p>Ser una persona emancipada y capaz o siendo menor de edad, tener capacidad de toma de decisiones.</p> <p>Consentimiento voluntario, reflexivo y reiterado</p> <p>Situación médica terminal, que reporta sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable que no puede ser controlado.</p> <p>Que la muerte sea a corto plazo</p>	<p>Está regulada la eutanasia.</p> <p>El suicidio asistido no está regulado, pero se practica en los mismos términos y condiciones que la eutanasia.</p> <p>Un médico constata los requisitos. Si considera que la muerte no será en el corto plazo debe consultar</p>	<p>Ley del 28 de mayo de 2022, modificada el 28 de febrero de 2014.</p> <p>Loi relative à</p>	<p>Poder legislativo de Bélgica.</p>	<p>2002 y 2014</p>

<sup>26</sup> Las discapacidades o enfermedades mentales no clasifican para acceder al procedimiento.

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			con un segundo médico.  Se espera al menos un mes desde la solicitud para practica la muerte médicamente asistida.	l'euthanasie <sup>27</sup>		
<b>Canadá-Quebec</b>	Mayores de edad	Tener seguro médico Que el procedimiento sea autorizado por un médico Tener capacidad de expresar el consentimiento Que la enfermedad sea terminal, grave e incurable Estar en avanzado estado de deterioro que sea irreversible Sufrimiento físico o psicológico insoportable que no se pueda aliviar	Eutanasia y cuidados paliativos, incluyendo la posibilidad de dejar a la persona inconsciente hasta el momento de la muerte.	Ley. <sup>28</sup> Loi concernant les soins de fin de vie	Legislativo de Quebec.	2014 <sup>29</sup>
<b>Canadá</b>	Mayores de 18 años	Tener acceso a los servicios de atención médica Tener capacidad para tomar decisiones autónomas respecto de su salud Tener condición médica grave e irremediable que se encuentre en estado avanzado y genere pérdida de la capacidad <sup>30</sup> y dolor o sufrimiento físico o psicológico	Eutanasia y suicidio asistido.  (Asistencia médica para morir).  La asistencia la puede prestar un médico o un enfermero.	Ley <sup>32</sup>	Poder Legislativo de Canadá en cumplimiento de sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso	2016 y 2021

<sup>27</sup> Para más información consultar: [https://www.ejustice.just.fgov.be/img\\_1/pdf/2002/05/28/2002009590\\_F.pdf](https://www.ejustice.just.fgov.be/img_1/pdf/2002/05/28/2002009590_F.pdf)

<sup>28</sup> Par más información, consultar: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-32.0001.pdf>

<sup>29</sup> Entró en vigor en 2015.

<sup>30</sup> No se puede hacer valer ninguna discapacidad para acceder a la muerte médicamente asistida.

<sup>32</sup> Para más información consultar: [https://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14\\_4/C-14\\_4.PDF](https://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14_4/C-14_4.PDF) y [https://www.parl.ca/Content/Bills/432/Government/C-7/C-7\\_4/C-7\\_4.PDF](https://www.parl.ca/Content/Bills/432/Government/C-7/C-7_4/C-7_4.PDF)

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		intolerable y que no se pueda aliviar <sup>31</sup>	Como requisito para acceder a la asistencia para la muerte, la persona debe expresar su decisión voluntaria mediante un consentimiento informado tras tener acceso a información sobre otras formas de aliviar el dolor.		Carter vs. Canadá.  La Corte determinó que impedir la asistencia a morir vulneraba el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal. <sup>33</sup>	
<b>España</b>	Mayores de edad	Padecer enfermedad grave e incurable, crónica e incapacitante. <sup>34</sup>  Nacionalidad española o residir al menos 12 meses antes de la solicitud en España.  Ser consciente en el momento de la solicitud	Eutanasia, muerte médicamente asistida.  Por dos modalidades: la administración directa del medicamento al paciente o la receta médica	Ley. Ley orgánica de regulación de la eutanasia. <sup>35</sup>	Poder legislativo español.	2021

<sup>31</sup> El propio paciente es el responsable de determinar el sufrimiento es intolerable

<sup>33</sup> Para más información consultar: <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>

<sup>34</sup> El artículo 3.c de la ley establece: “(...) *la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva*” (...)

El artículo 3.d añade: (...) *situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico*”.

<sup>35</sup> Para más información, consultar: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>



País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			<p>para que este lo adquiera y se lo auto administre, causando su propia muerte.</p> <p>La persona debe acceder a la información por escrito sobre el proceso médico y las alternativas para aliviar el dolor.</p> <p>Solicitar voluntariamente el procedimiento al menos dos veces.</p> <p>Debe manifestar su voluntad mediante consentimiento informado.</p> <p>Quienes asisten, faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios por esas conductas.</p>			
<b>Estados Unidos - California</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado	Suicidio asistido mediante administración	Ley. The End of	Poder legislativo del estado	2015

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Life Option Act <sup>36</sup>		
<b>Estados Unidos - Distrito de Columbia o Washington D.C..</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Death with Dignity Act. <sup>37</sup>	Poder legislativo del estado	2017
<b>Estados Unidos - Colorado</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The End-Of-Life Options Act <sup>38</sup>	Poder legislativo del estado	2016
<b>Estados Unidos - Hawái</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Our Care, Our Choice Act. <sup>39</sup>	Poder legislativo del estado	2019
<b>Estados Unidos - Maine</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos	Ley. An Act To Enact the Maine	Poder legislativo del estado	2019

<sup>36</sup> Para más información consultar: [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill\\_id=201520162AB15](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15)

<sup>37</sup> Par más información consultar: [https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page\\_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL\\_.pdf](https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL_.pdf)

<sup>38</sup> Para más información consultar: <https://www.sos.state.co.us/pubs/elections/Initiatives/titleBoard/filings/2015-2016/145Final.pdf>

<sup>39</sup> Para más información consultar: <https://health.hawaii.gov/opppd/files/2018/11/OCOC-Act2.pdf>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		Tener capacidad física y mental para decidir	letales. Se permite auto administración.	Death with Dignity <sup>40</sup>		
<b>Estados Unidos-Montana</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.  Se establece protección penal al médico encargado de realizar el procedimiento de asistencia al suicidio.	Judicial-Caso Robert Baxter <sup>41</sup>	Poder judicial	2009
<b>Estados Unidos Nueva Jersey</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act. <sup>42</sup>	Poder legislativo del estado	2019
<b>Estados Unidos Nuevo México</b>	Mayores de edad.	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos	Ley. Elizabeth Whitefi	Poder legislativo del estado	2021

<sup>40</sup> Para más información consultar: <http://www.mainelegislature.org/legis/bills/getPDF.asp?paper=HP0948&item=1&snum=129>

<sup>41</sup> Para más información consultar: <https://fnds.mt.gov/JUD/document?params=U2FsdGVkX1%2B8gpXKXDW973fE8wqPCs%2B9SDBzrJGwtnQkk4Oe1h4t0zNniu4Ad1RBzWSJF%2BGBCa4EkKXGXKpCvSlg%2ByfDRu5did37Qw06AfaO%2FPqe1ly7ZB%2FU%2FEh7VyDFQu%2FdfP%2BGFPOm2TiVhJUcAw%3D%3D&callback=?>

<sup>42</sup> Para más información consultar: <https://www.njleg.state.nj.us/2018/Bills/PL19/59.PDF>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		Tener capacidad física y mental para decidir	letales. Se permite auto administración.	eld End-of-life Options Act. <sup>43</sup>		
<b>Estados Unidos-Oregón</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Death with Dignity Act. <sup>44</sup>	Poder legislativo del estado	1997
<b>Estados Unidos-Vermont</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Patient Choice and Control at End of Life Act. <sup>45</sup>	Poder legislativo del estado	2013
<b>Estados Unidos-Washington</b>	Mayores de edad	Ser residente en el Estado Enfermedad terminal con pronóstico de seis meses de vida o menos Tener capacidad física y mental para decidir	Suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales. Se permite auto administración.	Ley. The Washin gton Death with Dignity Act. <sup>46</sup>	Poder legislativo del estado	2009
<b>Holanda</b>	Personas desde los 12 años en adelante. Excepcion almente se	Padecer de sufrimiento físico o psíquico sin posibilidades de mejorar ni alivio. No es requisito que enfermedad sea terminal ni una determinada expectativa de vida.	Eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos.	Ley. Ley de termin ación de la vida a	Poder legislativo	2002

<sup>43</sup> Para más información consultar: <https://www.nmlegis.gov/Sessions/21%20Regular/bills/house/HB0047.html>

<sup>44</sup> Para más información consultar: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/statute.pdf>

<sup>45</sup> Para más información consultar: <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>

<sup>46</sup> Para más información consultar: <https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
	permite en recién nacidos <sup>47</sup>	No se permite si el paciente está en coma y no es consciente de su sufrimiento. En esos casos solo se permite por manifestación expresa en documento de voluntad anticipada.	La persona debe manifestar su voluntad de manera fundamentada. Se permite voluntad anticipada. No debe ser escrita pero sí expresa. El médico a cargo debe consultar la segunda opinión de otro médico sobre el cumplimiento de los requisitos.	petición propia y suicidio asistido. <sup>48</sup>		
<b>Luxemburgo</b>	Mayores de edad	Enfermedad grave, incurable, irreversible que genere sufrimiento físico o psíquico constante y que sea intolerable.  La persona debe ser consiente al momento de la solicitud y debe dar su consentimiento voluntario y reflexivo.	Cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido.  El procedimiento debe ser realizado por un médico.  La persona debe manifestar	Ley <sup>49</sup>	Poder legislativo	2009

<sup>47</sup> Si la persona tiene más de 18 años la decisión es autónoma, si tiene entre 12 y 16 requiere autorización de los padres. Si tiene entre 16 y 18 debe consultar a los padres pero no requiere su autorización. Para más información consultar: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants>

<sup>48</sup> Para más información consultar: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/> y el Código de prácticas para la eutanasia en Países Bajos (2018): <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/codigo-eutanasia-2018>

<sup>49</sup> Para más información consultar: <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2009-46-fr-pdf.pdf>

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
			<p>consentimiento por escrito.</p> <p>Se protege de la acción penal del estado a los médicos que realicen el procedimiento de eutanasia o de suicidio asistido.</p>			
<b>Nueva Zelanda</b>	Tener más de 18 años.	<p>Ser ciudadano o residente permanente de Nueva Zelanda.</p> <p>Padecer enfermedad terminal que acabe con su vida de manera probable en siguientes 6 meses.</p> <p>Estar en estado avanzado de deterioro físico irreversible, con sufrimiento intolerable que no pueda aliviarse</p> <p>Estar en capacidad de decidir de manera informada</p> <p>No aplica para discapacidades de ningún tipo</p>	<p>Muerte médicamente asistida mediante auto administración de medicamentos a administración de medicamentos por parte de un médico para causar la muerte.</p> <p>Se garantiza protección de acción penal para quien desarrolle el procedimiento de la muerte médicamente asistida.</p>	Ley luego de aprobado un referendo.	Poder legislativo	2019-2020-2021 <sup>50</sup>
<b>Suiza</b>	No se especifica	No se exige sujeto activo ni pasivo calificado.	El código penal prohíbe la	No se encuen	No aplica	No aplica

<sup>50</sup> La ley fue aprobada en 2019 (End of life choice act 2019) pero su entrada en vigor se supeditó a un referendo celebrado en 2020 en el que el sí ganó con el 65,1% de los votos. La ley entró en vigor en 2021. Para más información consultar: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html#DLM7285905> y [https://gazette.govt.nz/assets/pdf-cache/2020/2020-au5132.pdf?2020-12-17\\_22%3A50%3A30=](https://gazette.govt.nz/assets/pdf-cache/2020/2020-au5132.pdf?2020-12-17_22%3A50%3A30=)

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Modalidad y Procedimiento de acceso.	Vía para la regulación	Actor responsable	Año
		Es frecuente que personas extranjeras hagan uso del suicidio asistido en Suiza.	eutanasia (Artículo 114 código penal). <sup>51</sup>  Permite el suicidio asistido cuando no se comete con propósitos egoístas.	tra regulado pero es de uso común.		

Es observable de la tabla precedente que Colombia fue uno de los Estados pioneros en el mundo en el reconocimiento de la muerte digna y de la muerte médicamente asistida. En 1997, cuando la Corte Constitucional profirió la sentencia C-239 de 1997 solo Bélgica, Holanda y Estados Unidos (Oregon) permitían morir de manera digna. En los últimos 25 años, sin embargo, otros ocho países han adoptado regulaciones de tipo legal para permitir el ejercicio del mismo derecho. Sin embargo, Colombia se ha estancado y permanece sumido en el vacío normativo que motiva la radicación de la presente iniciativa.

En términos sustantivos, todas las leyes existentes en el mundo adoptan el consentimiento del paciente como núcleo del derecho a morir dignamente, en sus diversas modalidades. Así, hay variedad de diseños en materia de la edad mínima para acceder y la forma para manifestar la voluntad (por escrito, verbalmente, de forma sustituta, previa) pero siempre es un elemento central y un requisito sin el cual es imposible practicar el procedimiento.

A su vez, pese a que la mayoría de las regulaciones demandan que se trate de enfermedad terminal, las regulaciones más recientes tienden a reconocer mayor flexibilidad o amplitud en las condiciones médicas para acceder a la muerte médicamente asistida. En esa corriente parece insertarse la Corte Constitucional colombiana al privilegiar la dignidad humana y modificar la subregla en atención a lo cual basta con padecer un sufrimiento insoportable y no se hace exigible ser paciente de enfermedad terminal.

Llama la atención que contrario a lo que se ha desarrollado en Colombia, en múltiples Estados es dable que el paciente sea quien de manera autónoma se

<sup>51</sup> Para más información consultar: [https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/54/757\\_781\\_799/20200701/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-54-757\\_781\\_799-20200701-de-pdf-a.pdf](https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/20200701/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-54-757_781_799-20200701-de-pdf-a.pdf) y <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794705/>

aplique el medicamento que le ocasiona la muerte. Pese a ello, en todos los casos es menester la autorización y observancia de los requisitos por parte de un médico.

Otro punto en común de las regulaciones extranjeras con la comprensión jurisprudencial que se ha desarrollado del derecho a la muerte digna en Colombia y en particular de la muerte médicamente asistida es que se protege penalmente a los médicos encargados de practicar el procedimiento. Así, tanto en otros Estados como en el nuestro, la muerte médicamente asistida no solo demanda una regulación para su ejercicio sino modificaciones en la ley penal para salvaguardar la seguridad jurídica de los encargados de garantizar el goce efectivo al derecho de morir dignamente.

Como medio para anticipar argumentos que aduzcan que la práctica de la muerte digna puede esconder prácticas eugenésicas, es llamativo que en ningún estado la discapacidad o las enfermedades mentales pueden servir como medio para acceder a los procedimientos eutanásicos. Además, es preciso destacar que en todas las regulaciones existentes se tiende a privilegiar la valoración subjetiva del sufrimiento insoportable. A su vez, se establece como pilar el hecho de que es una potestad, un derecho, una práctica voluntaria y no obligatoria. Además, el consentimiento sustituto está prácticamente proscrito o al menos fuertemente restringido y condicionado en todas las latitudes.

Esos elementos también son compartidos por los estándares constitucionales para el ejercicio de la muerte médicamente asistida que ha fijado la Corte Constitucional.

Como aporte adicional, conviene traer a colación el estudio de Battin, Van der Heide et al (2007), citado también por el proyecto 007 de 2021C, que concluye que los lugares en que primero se reguló la muerte médicamente asistida (Bélgica, Holanda y Estados Unidos) no presentaron incrementos en la vulneración de los requisitos para acceder a la muerte digna. Tampoco se empleó para eliminar individuos pertenecientes a poblaciones históricamente discriminadas o sujetas de especial protección constitucional como las personas con discapacidad, los adultos mayores, las personas con enfermedades mentales o los adultos mayores.

Otro posible argumento en contra de regular la muerte médicamente asistida refiere que la calidad de los cuidados paliativos puede empeorar como consecuencia de la flexibilización o del incremento en la facilidad de acceso a los procedimientos eutanásicos. Sin embargo, los casos de Holanda y Bélgica que regularon la muerte médicamente asistida en 2002 desmienten esa tesis. De acuerdo con Bernheim, Chambaere et al, (2014), citado también por el proyecto 007 de 2021C, los sistemas de cuidados paliativos de estos dos países en 2005 alcanzaron los niveles de calidad de Estados como España y Reino Unido, punteros europeos en esa materia. Entre otras, señalan los autores, que ese logro se debió a un compromiso político que se tradujo en medidas concretas. Por ejemplo, en Bélgica la inversión para los sistemas de cuidado paliativo aumentó en 10% luego





de la aprobación de la regulación que permitió el acceso a la muerte médicamente asistida.

Otros textos como el de Woitha, Gerralda et al (2016), citado también por el proyecto 007 de 2021C, concluyeron que entre los cuatro estados europeos con mejores sistemas de cuidado paliativo figuran tres que permiten desde hace al menos trece años la muerte médicamente asistida. Esos tres estados son justamente Bélgica, Holanda y Luxemburgo.

Todo lo anterior parece indicar que contrario a lo que afirman los detractores de la muerte médicamente asistida, fortalecer los mecanismos regulatorios de esa modalidad de ejercicio de la muerte digna favorece el mejoramiento de la calidad y el fortalecimiento de los cuidados paliativos. Ello tiene sentido y guarda relación con la comprensión del derecho a la muerte digna en Colombia en virtud de la cual las tres modalidades de ejercicio de ese derecho son igual de importantes y lejos de ser excluyentes pueden ser complementarias.

De lo expresado en las páginas precedentes se concluye reafirmando la necesidad urgente de corregir la omisión legislativa en la materia por intermedio de una regulación estatutaria. Morir dignamente es un derecho fundamental que ha sido reconocido como tal en normas de rango constitucional. Pese a los esfuerzos de la Corte Constitucional para establecer criterios y estándares mínimos para el ejercicio de ese derecho mediante la muerte médicamente asistida, los actos administrativos que ha expedido el Ministerio de Salud se quedan cortos. La histórica y reiterada inacción del Congreso amenaza el goce efectivo del derecho y supone un riesgo para la dignidad humana de las personas sujetas de especial protección como aquellas que cumplen los requisitos para recibir la muerte médicamente asistida.

Establecer criterios normativos de carácter legal para el ejercicio de la muerte médicamente asistida no implica la renuncia a las creencias o convicciones morales propias. De ningún modo comporta la imposición de la eutanasia a nadie. Al contrario, deviene en el reconocimiento máximo de la libertad no solo para permitir que cada quien actúe conforme sus principios morales y religiosos, sino para permitir que decida de acuerdo a su voluntad y preferencias en el último acto de la vida como lo es la muerte. La aprobación de este proyecto de ley coadyuva a materializar el proyecto constitucional de 1991 garantizando los derechos fundamentales de la población y acercando la posibilidad compartida de cohabitar una sociedad más digna.

## **5. SOBRE LA NATURALEZA DE LEY ESTATUTARIA**

Se considera que el presente proyecto de ley debe ser tramitado por vía de Ley Estatutaria atendiendo a lo dispuesto en los artículos 152 de la Constitución y 207 de la Ley 5 de 1992. A tenor de lo previsto en esos fundamentos normativos, serán

leyes estatutarias aquellas que regulen derechos y deberes fundamentales de las personas y establezcan procedimientos para su protección.

Si bien la Corte Constitucional ha precisado que no toda ley que tenga relación con algún o algunos derechos fundamentales es estatutaria, lo cierto es que este proyecto de ley articula los fundamentos esenciales del derecho a morir dignamente. Ese derecho y por ende la regulación propuesta en el presente proyecto de ley dialoga con el ejercicio de otros derechos fundamentales como la autonomía de la voluntad, el libre desarrollo de la personalidad, la vida y la dignidad humana.

En consecuencia, se considera que este proyecto satisface los criterios para ser estatutaria, a saber: regular elementos esenciales de un derecho fundamental como la muerte digna y ser medio para el goce efectivo de otros derechos fundamentales entre los que se encuentran aquellos mencionados en el párrafo anterior.

## **6. COMPETENCIA DEL CONGRESO**

### **6.1. CONSTITUCIONAL**

**ARTÍCULO 114.** *Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer las leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración.  
El Congreso de la República, estará integrado por el Senado y la Cámara de Representantes.*

**ARTÍCULO 150.** *Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:*

- 1. Interpretar, reformar y derogar las leyes.*
- 2. Expedir códigos en todos los ramos de la legislación y reformar sus disposiciones.*
- 3. Aprobar el plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas que hayan de emprenderse o continuarse, con la determinación de los recursos y apropiaciones que se autoricen para su ejecución, y las medidas necesarias para impulsar el cumplimiento de los mismos.*
- 4. Definir la división general del territorio con arreglo a lo previsto en esta Constitución, fijar las bases y condiciones para crear, eliminar, modificar o fusionar entidades territoriales y establecer sus competencias.*

**ARTÍCULO 152.** *Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias:*

- a) Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección;*



- b) Administración de justicia;*
- c) Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales;*
- d) Instituciones y mecanismos de participación ciudadana.*
- e) Estados de excepción.*
- f) La igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República que reúnan los requisitos que determine la ley.*

*PARÁGRAFO TRANSITORIO. El Gobierno Nacional o los miembros del Congreso presentarán, antes del 1o. de marzo de 2005, un Proyecto de Ley Estatutaria que desarrolle el literal f) del artículo 152 de la Constitución y regule además, entre otras, las siguientes materias: Garantías a la oposición, participación en política de servidores públicos, derecho al acceso equitativo a los medios de comunicación que hagan uso del espectro electromagnético, financiación preponderantemente estatal de las campañas presidenciales, derecho de réplica en condiciones de equidad cuando el Presidente de la República sea candidato y normas sobre inhabilidades para candidatos a la Presidencia de la República.*

*El proyecto tendrá mensaje de urgencia y podrá ser objeto de mensaje de insistencia si fuere necesario. El Congreso de la República expedirá la Ley Estatutaria antes del 20 de junio de 2005. Se reducen a la mitad los términos para la revisión previa de exequibilidad del Proyecto de Ley Estatutaria, por parte de la Corte Constitucional.*

## **6.2. LEGAL**

### **LEY 5 DE 1992. POR LA CUAL SE EXPIDE EL REGLAMENTO DEL CONGRESO; EL SENADO Y LA CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**ARTÍCULO 6°.** *Clases de funciones del Congreso. El Congreso de la República cumple:*

*(...)*

*2. Función legislativa, para elaborar, interpretar, reformar y derogar las leyes y códigos en todos los ramos de la legislación.*

**ARTÍCULO 139.** *Presentación de proyectos. Los proyectos de ley podrán presentarse en la Secretaría General de las Cámaras o en sus plenarias.*

**ARTÍCULO 140.** *Iniciativa legislativa. Pueden presentar proyectos de ley:*



1. Los Senadores y Representantes a la Cámara individualmente y a través de las bancadas.

### **LEY 3 DE 1992. POR LA CUAL SE EXPIDEN NORMAS SOBRE LAS COMISIONES DEL CONGRESO DE COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.**

**ARTÍCULO 2°.** Tanto en el Senado como en la Cámara de Representantes funcionarán Comisiones Constitucionales Permanentes, encargadas de dar primer debate a los proyectos de acto legislativo o de ley referente a los asuntos de su competencia.

Las Comisiones Constitucionales Permanentes en cada una de las Cámaras serán siete (7) a saber:

*Comisión Primera.*

*Compuesta por diecinueve (19) miembros en el Senado y treinta y cinco (35) en la Cámara de Representantes, conocerá de: reforma constitucional; leyes estatutarias; organización territorial; reglamentos de los organismos de control; normas generales sobre contratación administrativa; notariado y registro; estructura y organización de la administración nacional central; de los derechos, las garantías y los deberes; rama legislativa; estrategias y políticas para la paz; propiedad intelectual; variación de la residencia de los altos poderes nacionales; asuntos étnicos. (Subrayado por fuera del texto).*

### **7. CONFLICTOS DE INTERÉS.**

Dando alcance a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, “Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992”, se hacen las siguientes consideraciones a fin de describir la circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés en la discusión y votación de la presente iniciativa legislativa, de conformidad con el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019, que reza:

*“Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos De intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.*

*Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.*

- A) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
- B) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
- C) *Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.(...)"*

Sobre este asunto la Sala Plena Contenciosa Administrativa del Honorable Consejo de Estado en su sentencia 02830 del 16 de julio de 2019, M.P. Carlos Enrique Moreno Rubio, señaló que:

*“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.*

Se estima que la discusión y aprobación del presente Proyecto de Ley Estatutaria no configura un beneficio particular, actual o directo a favor de un congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente o pariente dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, ya que regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna es una acción de carácter general.

A su vez, el reconocimiento legal de derechos consagrados en la Constitución Política, y en este caso las disposiciones relativas a la protección y garantía del derecho fundamental a la muerte digna no otorga privilegios de ninguna clase, no genera ganancias, no crea indemnizaciones económicas y no elimina obligaciones de ningún tipo.



Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley Estatutaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso.

## **8. PROPOSICIÓN**

Con fundamento en las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva y, en consecuencia, solicito a los Honorables Representantes que integran la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, dar Primer Debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2022 Cámara *“Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”*.

Cordialmente,

<p><b>JUAN CARLOS LOZADA VARGAS</b> Representante a la Cámara Coordinador Ponente</p>	<p><b>GABRIEL BECERRA</b> Representante a la Cámara Coordinador Ponente</p>
<p><b>ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ GIRALDO</b> Representante a la Cámara Ponente</p>	<p><b>LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO</b> Representante a la Cámara Ponente</p>
<p><b>JAMES HERMENEGILDO MOSQUERA TORRES</b> Representante a la Cámara Ponente</p>	<p><b>ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA</b> Representante a la Cámara Ponente</p>

<p><b>JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE</b> Representante a la Cámara Ponente</p>	<p><b>MARELEN CASTILLO TORRES</b> Representante a la Cámara Ponente</p>
<p><b>JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA</b> Representante a la Cámara Ponente</p>	<p><b>SANTIAGO OSORIO MARÍN</b> Representante a la Cámara Ponente</p>