

Bogotá, 19 de noviembre de 2019

Representante

CARLOS CUENCA CHAUX

Presidente Cámara de Representantes

Asunto: *Ponencia positiva Segundo debate*

Proyecto de Ley Estatutaria 204 de 2019 Cámara.

En cumplimiento del encargo recibido por parte de la honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera 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, procedo a rendir Informe de Ponencia positiva para segundo debate en Cámara al Proyecto de Ley Estatutaria 204 de 2019 Cámara, *“Por medio del cual se establecen disposiciones para reglamentar el derecho fundamental a morir dignamente, bajo la modalidad de eutanasia”*.

El presente Informe está compuesto por diez (11) apartes:

1. Trámite legislativo
2. Objeto del Proyecto de Ley
3. Problema a resolver
4. Antecedentes
5. Situación actual
6. Derecho comparado
7. Justificación del Proyecto de Ley
8. Pliego de modificaciones
9. Proposición
10. Texto Propuesto
11. Referencias

Atentamente,

JUAN FERNANDO REYES KURI

Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Liberal

Informe de Ponencia para segundo debate en Cámara al Proyecto de Ley Estatutaria 204 de 2019 Cámara. “Por medio del cual se establecen disposiciones para reglamentar el derecho fundamental a morir dignamente, bajo la modalidad de eutanasia”.

1. TRÁMITE LEGISLATIVO

El proyecto de Ley estatutaria No. 204 fue radicado por los H.R. Juan Fernando Reyes Kuri; H.R. Carlos Adolfo Ardila; H.R. Elizabeth Jay-Pang Díaz y H.R. Álvaro Henry Monedero. Fue recibido en comisión el 09 de septiembre de 2019.

El proyecto fue aprobado en primer debate en Comisión Primera de Cámara de Representantes el día 29 de octubre de 2019, con proposiciones de los H.R Jorge Eliecer Tamayo; H.R. Inti Asprilla Reyes; H.R. José Daniel López; H.R. Margarita Restrepo; H.R Jorge Méndez Hernández y H.R. Juan Carlos Lozada Vargas como consta en el Acta 22 de la Comisión Primera de mismo día.

1.1. Publicaciones en Gaceta del Congreso.

Gaceta No. 810/2019. Radicación del proyecto de ley.

Gaceta No. 977/2019. Publicación ponencia primer debate

1.2. Audiencia pública.

Se realizó la audiencia pública solicitada por los H.R. Juan Fernando Reyes Kuri, H.R. Adriana Magali Matiz y otros, el día martes 12 de noviembre a la 1:00 pm, conforme a lo aprobado por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes.

Los documentos allegados a la Comisión Primera de la Cámara de Representantes pueden ser consultados en el acta de la audiencia pública. A continuación, el resumen de las apreciaciones de los intervinientes en la misma:

A) Ana Gómez- Fundación Pro Derecho Morir Dignamente

Reiteró la importancia del derecho a morir dignamente reconocido por la corte constitucional como autónomo. Además, señaló que existe un desarrollo regulatorio que ha ido desde abordar el derecho con un enfoque de derechos humanos, pasando por cuidados paliativos, en acto seguido despenalizando el homicidio por piedad en algunas circunstancias, hasta el protocolo de muerte anticipada en adultos y en NNA, por lo que único que ha faltando es una ley que pueda integrar dicho desarrollo.

De otra parte, señala que existen nuevos fines en la medicina, de carácter excepcional y que requieren de un procedimiento de vigilancia, dice que este es el caso de la eutanasia.

Frente al articulado señala lo siguiente:

- Se acoge al proyecto de ley.
- Considera que se debe circunscribir el derecho a morir dignamente desde la perspectiva del ejercicio de la autonomía, sin discriminar si son mayores de edad o mayores de edad.
- Estima importante ajustar el proyecto de ley a la Ley 1996 de 2019 sobre los apoyos requeridos por las personas capaces con discapacidad.
- Que hay una carta de derechos de Min Salud que está próxima a salir y puede servir para guiar el proyecto de ley.
- Cuestiona sí el proyecto se va a desarrollar dentro de los límites del desarrollo jurisprudencial o se abrirá a otro tipo de enfermedades. En todo caso, considera es correcto hablar de enfermedad incurable avanzada y no como condición grave.
- Este derecho también está reconocido y puede ser ejercido por NNA, en condiciones muy específicas.
- El derecho a morir con dignidad no puede ser entendido como únicamente la eutanasia.

B) Nora Elena Riani- Fundación Colombiana de Ética y Bioética.

Propone poner fin a todo proyecto de ley que pretenda poner fin a la vida de las personas y fortalecer el mandato constitucional del derecho fundamental de la vida, así se garantizaría, según la interveniente, que nuestros esfuerzos se destinen a mejorar el acceso al sistema de salud.

Señala que FUCEB considera que la procura directa de la destrucción de un ser humano es un acto de violencia que siempre está injustificado porque todo argumento con que se pretenda justificar es producto humano y todo producto humano tiene una perfección menor que un ser humano que, como totalidad, es un bien mayor que cualquiera de sus perfecciones que lo constituyen. Nunca un ser humano puede subordinarse a lo inferior a sí mismo, ni por terceros.

Como solución definitiva a los frecuentes atentados a la vida de los seres humanos a través de proyectos normativos, hace llegar a la comisión, a nombre de la FUCEB una propuesta de Acto Legislativo cuyo eje fundamental sería la protección de la vida humana.

Finalmente, argumentó que ni la eutanasia ni el suicidio asistido son actos médicos por definición de lo que se considera terapia, ni por concepto de *lex artis*.

Considera que, la medicina y los cuidados paliativos que, si tienen ley pero que están lejos de estar bien implementados, sí son opciones que deben recibir todo el apoyo del Estado. Porque estima que la vida de cada uno es digna sí: es profesionalmente y socialmente respetada, acompañada y bien tratada hasta que finalice en bien morir.

C) Vilma Graciela- Proyecto católico tejedores de amor con Dios.

Argumenta que tanto la jurisprudencia como los distintos pactos y tratados internacionales protegen la vida de los ciudadanos y le otorgan a esta el carácter de inviolable. Además, considera que la fundamentación del proyecto de ley contraría la constitución, las sentencias de la Sala plena y los convenios, pactos y tratados que señaló durante su intervención.

De otra parte, señala que el derecho a morir dignamente se basa en soportes viciados, falacias jurídicas y lingüísticas y que desde el engaño nos pueden llevar a equívocos. En ese sentido indica que la Sentencia C-239 de 1997 estableció una serie de falacias que de ninguna manera pueden seguir repitiéndose como fundamento para tan peligroso fin. Igualmente considera que esta sentencia es “un error histórico” pues, de acuerdo con su intervención, el Magistrado Cifuentes señaló que ellos votaron por una acción “que no tuviera un carácter criminal” pero contrario a lo votado, desde el engaño se aprobó algo distinto.

D) Román Ortiz - Abogado

Señaló que no debe entenderse el proyecto de ley para el acceso al derecho a morir dignamente como un derecho restrictivo, reservado, condicionado o discriminatorio, ni mucho menos limitado. Al contrario, debe ser un derecho inclusivo, garantista y humanitario. Por ello que, considera que reconocer este derecho solamente a las persona mayores de edad sería como admitir tratos crueles e inhumanos para los menores de edad, afectado su dignidad se reconozca este derecho a mayores de edad vulnera los derechos de los NNA.

De otra parte, argumenta que el punto de discusión de este proyecto no debe ser la edad, sino el dolor y la naturaleza de la enfermedad que padecen las personas que quieran acceder a este derecho fundamental.

Por otro lado, argumenta que la autonomía progresiva de los niños, determina que podrá empezar a tomar decisiones y asumir responsabilidades de manera gradual. Por lo que para él es un desacierto restringir el acceso a este derecho a los Niños, Niñas y Adolescentes.

E) Gloria Yolanda Martínez- Vida por Colombia.

Señala que el proyecto de ley de eutanasia está planteado en forma negativa, toda vez que pretende la interrupción del proceso natural de creación de la vida; pues, según su intervención, ningún ser humano ha decidido llegar a este mundo y ningún ser humano decide cuándo irse o cómo irse.

De otra parte, considera que la interrupción de la vida no puede darse de manera voluntaria o por ninguna persona, mucho menos por una ley. Porque esto genera caos en la persona y en la sociedad. En ese sentido, trae a colación que desde la sabiduría del constituyente primario se determinó que el derecho a la vida era inviolable.

Por otro lado, argumentó que la verdadera ayuda legislativa puede darse en brindar al paciente y a su familia:

- Atención medica
- Asistencia psicológica y social para establecer la causa de su enfermedad que, según su intervención pueden ser: estrés, pérdida de un ser querido, una ruptura amorosa, una quiebra económica, un medio ambiente contaminado etc. Para así, una vez determinada la posible causa ordenar la ayuda correspondiente para que el paciente y su familia bajen el estrés o consigan mejor calidad en un espacio físico, familiar o social más agradable.
- Sanación espiritual por medio de ejercicios o terapias de perdón, reconciliación, de reconocimiento del valor del ser interior, retiros, ejercicios de amor y fuerzas en el espíritu para lograr el equilibrio del ser. Para lograr esa sanación total en lo físico, en mental y en lo espiritual o bien para que tenga una muerte digna naturalmente.

Finalmente, invita a los congresistas a dar el salto en la innovación en la ciencia unida al espíritu y en la mente para lograr la sanación total de los enfermos.

F) Alejandra Rozo- Observatorio de Intervención Ciudadana Constitucional-U. Libre

En primer punto, se refiere a la competencia del Congreso de la República, considera que la Corte Constitucional a determinado vía distintas reglas de derecho para reglamentar el derecho a la eutanasia y hace las siguientes afirmaciones:

- La reglamentación un derecho fundamental como el derecho a la vida y a la salud debe hacerse por una ley estatutaria.
- La reglamentación de un derecho no requiere que su reglamentación se haga vía ley estatutaria.

- Cuando se afecta el núcleo irreductible de un derecho, debe reglamentarse mediante una ley.

En ese sentido, considera que la eutanasia es un derecho adscrito, esto quiere decir que depende del derecho a la vida digna para lograr su materialización. De otra parte, al haber exhortado la Corte Constitucional al Congreso desde 1997 para reglamentar la materia, lo pertinente es hacerlo mediante una ley estatutaria tal y como lo ha desarrollado en su jurisprudencia. Por las razones anteriores el observatorio asume que el Congreso de la República acogió la competencia para adelantar este proyecto de ley.

Por otro lado, desarrolló distintos problemas de interpretación frente al proyecto de ley y fueron los siguientes:

1. ¿Qué pasa cuando el paciente no puede expresar su voluntad?, ¿Cual es el método para poder garantizar el derecho? Frente a este punto considera que se pueden dar varios escenarios:

- El recién nacido que no se puede expresar, ¿cómo garantizarle la autonomía a ese menor que no se puede expresar, considerando que el proyecto no regula el derecho de los 0 a 6 años?
- Una persona en estado vegetativo, que no pudo expresar su voluntad de manera anticipada. Frente a esto pregunta: ¿Cómo se le va a garantizar su autonomía?, ¿no se le va a llevar a cabo la eutanasia? En este caso considera que existe una ponderación de intereses. Por un lado, el interés de proteger la vida, al existir la expectativa de que el paciente puede mejorar su estado de salud (que un paciente en coma despierte) y por otro, el proyecto de vida de los familiares del paciente que deben asumir su cuidado. Considera que este conflicto se podría solucionar si en Colombia se garantizara el acceso a la salud, pero eso no sucede y son los familiares quienes asumen la carga y el paciente se convierte en un objeto de conservación. En ese sentido, pregunta: ¿Eso es vida, eso es una vida digna? Finalmente, concluye diciendo que el proyecto debe aclarar y resolver este conflicto, reglamentando lo que se conoce como eutanasia no voluntaria¹.

2. Frente al Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.

Señala que el observatorio presume que el procedimiento que se lleva ante el comité es para evaluar la actuación del médico tratante, el protocolo o el procedimiento médico, más no sobre la voluntad del paciente o sus familiares. Argumenta, además, que si la función es evaluar la voluntad del

¹ Término señalado en la intervención escrita entregada a la Secretaría de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes.

paciente este comité asume un carácter burocrático y no se estaría garantizando el derecho.

3. **Frente al costo de los tratamientos de eficacia comprobada o de cuidados paliativos.** Señala que para atender la enfermedad o las distintas enfermedades que padece el paciente puede ocurrir como en la mayoría de los casos que llegan a consideración de la Corte Constitucional, que deban hacerse con medicamentos costosos. En este caso pregunta: ¿Quién asume ese costo, los familiares o el Estado? En ese sentido argumenta que este tipo de medicamentos no se encuentran en el post y que ante la imposibilidad de pagarlos por parte de la familia puede ocurrir la negación del acceso a la eutanasia por cuestiones económicas. Finalmente considera importante que se regule en el proyecto de ley ¿qué pasa cuando existen los tratamientos para atender la enfermedad, pero no los puede pagar la familia?
4. **Frente el alma de la persona.** Considera que la persona tiene conciencia, espíritu y esencia, pero si está en un estado vegetativo ya no existe y el alma tampoco. En todo caso finaliza argumentando que estamos en un Estado laico y eso no es cuestión de nosotros.

G) Psicólogo Paulo Daniel Acero- Colegio colombiano de psicólogos

Señala que una de las reflexiones que se están dando desde el Colegio Colombiano de Psicólogos sobre este tema. Dice que los principios que rodean a la profesión de son de carácter profesional y ético, dos de ellos son el de la “beneficencia” que consiste en ocasionar un bien a las personas que sean consultantes y el de la “no maleficencia” que consiste en evitar en el ejercicio un daño a las personas. Pero considera importante que en el ejercicio de la profesión se de también el respeto por la autonomía.

En ese sentido se cuestiona: ¿qué pasa cuando una persona manifiesta su decisión de no querer seguir viviendo? Por ello reflexiona que siempre debería garantizarse que esa persona que manifiesta ese deseo lo está haciendo en uso pleno de sus facultades y sin ninguna presión.

Cuestiona también si una persona que está sufriendo a causa de su enfermedad está o no presionada para tomar su decisión, razón por la cual manifiesta que desde el colegio se considera importante que siempre que se den este tipo de situaciones se cuente con el apoyo de un profesional de la psicología que pueda emitir un concepto que pueda ayudar al paciente y a su familia en la toma de decisiones. En el entendido de que la decisión de no seguir viviendo no proviene de únicamente la enfermedad, sino de un conjunto de decisiones.

En ese sentido, refiere que desde el Colegio no habla del derecho a una muerte digna, sino de una vida digna hasta el final. Si esto es así, considera que debemos enfocar nuestros esfuerzos y nuestros recursos en garantizar que los colombianos tengan ese pleno derecho en el sistema de salud.

H) Abel Matiz- Instituto Colombiano de Bienestar Familia. ICBF

Señala que el ICBF reconoce que el proyecto de ley recoge los distintos avances que se tienen frente a la eutanasia y si bien, el proyecto adopta algunas de las disposiciones de la Resolución 0825 de 2018 en materia de hacer efectivo este derecho por parte de los NNA, considera que se deben hacer una serie de recomendaciones para tener en cuenta a lo largo del trámite legislativo y son las siguientes:

- Contar con un enfoque para las personas con discapacidad. Porque en el proyecto de ley no se recogen en la misma medida o proporción las acciones que deben garantizar los ajustes razonables y los apoyos necesarios a las personas con discapacidad para tomar la decisión de una muerte digna.
- La prevalencia del cuidado paliativo, como una garantía que integre el derecho a morir dignamente. Pues se debe tener en cuenta que toda iniciativa que pretenda regular este derecho debe partir de la necesidad de comprender el cuidado integral del el cual incluye el cuidado paliativo.
- Si bien el proyecto hace una exposición de motivos requiere una explicitación mucha más rica de cómo procede este derecho en los NNA.
- El artículo 5 deja un vacío jurídico, en donde se habla de la “condición grave”. En ese sentido se deja un espacio de discrecionalidad para el médico y tampoco queda claro como se va a reglamentar el procedimiento para que esta condición entre dentro de las condiciones de la eutanasia.
- El artículo 7, en el que se habla de la solicitud de los NNA, en donde se existe la exigencia de la concurrencia y, además, una valoración de un posible de interés por parte de quien tiene la patria potestad. Considera que excede a las obligaciones del médico determinar sí este conflicto se presenta o no.

Finalmente, termina su intervención señalando que desde el ICBF existe el interés de seguir acompañando estos debates e iniciativas, en el entendido que tienen la responsabilidad de garantizar los derechos de todos los NNA y que el instituto asistirá, en la medida en que se los soliciten a los debates, así como se acompañó al Ministerio de Salud en la expedición de la Resolución 0825 de 2018 como equipo técnico para dar cumplimiento al mandato de la Corte Constitucional.

I) H.R Margarita Restrepo

Señala que la constitución determinó que el derecho a la vida es inviolable. Por otro lado, argumenta que es la vida la que se dignifica y la muerte es el final a un

ciclo de vida. En ese sentido, su posición frente a la eutanasia es en contra, pues no comparte que la vida se termine de una manera que no sea natural y que por el contrario debe fortalecerse el sistema de salud para que se le permita a los colombianos vivir dignamente hasta el último día de su vida. Por ello, trae a colación que hace pocos días se sancionó la ley de tamizaje neonatal que habla de prevención a la condición de discapacidad, que habla de la prevención de dificultades para el niño, desde el momento que nace hasta el último día de su vida.

Por otra parte, argumenta que no se puede denigrar de la profesional de la medicina pues ellos hacen un juramento conocido como hipocrático. En ese sentido, señala no se puede querer cambiar la naturaleza de esta profesión que es: salvar vidas.

De otra parte, dice que entender la muerte como un acto terapéutico es considerar al enfermo, no como tal, sino como una enfermedad y en ese caso, argumenta que esto es un acto eugenésico.

Asimismo, deja constancia que a través una proposición se dio vía libre a la eliminación del artículo que permitía la eutanasia en adolescentes y en casos excepcionales en niños. Y plantea que bajo que argumento un menor de 18 años, no tiene derecho ni conciencia de elegir a sus dirigentes políticos, no tiene derecho a votar, pero si tiene derecho a poner fin a su propia vida. Considera que eso no es proteger los derechos y la vida de los niños.

J) Aida Gutiérrez- Ministerio de Salud y Protección Social.

Señala que es importante aclarar las definiciones que rodean al procedimiento eutanásico. Agrega, que en Colombia la eutanasia es un procedimiento médico que se aplica en virtud del consentimiento del paciente que sufre de una enfermedad terminal, siempre que este sea voluntario, informado e inequívoco.

Resalta la importancia de la información en la posterior toma de decisiones por parte del paciente, no sin antes brindarle al paciente las diferentes alternativas de muerte digna, como lo son las preferencias de cuidado al final de la vida, la readecuación terapéutica e información para la suscripción de Documentos de Voluntad Anticipadas. Además, señala la relevancia de que puede darse la muerte digna a través de cuidados paliativos o cuidados apropiados para permitirle mejorar su calidad de vida.

De otra parte, señala que en el mundo existen 5 países con reglamentación de eutanasia: Holanda, Bélgica, Luxemburgo Canadá y Colombia con distintos desarrollos normativos desde el 2002 al 2016, pero con puntos comunes como lo es el asunto del consentimiento, en ese sentido, reitera que en todos los países la eutanasia es voluntaria y no sustituible. En la misma línea dice que la competencia mental que para el caso de Colombia es obligatorio, en otros países no se hace con una evaluación no precisamente especializada. Para el punto de la condición médica del paciente refiere que en todos los países se permite bajo una condición

de enfermedad terminal y que los DVA se permiten en todos los países menos en Canadá.

Dice que el procedimiento de eutanasia en otros países solo tiene una instancia de verificación de los requisitos, que es el médico tratante. Procedimiento que cambia en Colombia, pues tiene dos instancias de verificación de los requisitos de despenalización, la primera: el médico tratante y la segunda: El Comité Interdisciplinario, ante el que, además, se debe hacer la reiteración de la solicitud, para pasar finalmente a programar la realización del procedimiento.

Refiere por otro lado, que desde el 2015 han existido **74** casos de eutanasia, 86% relacionados con enfermedades oncológicas.

Finalmente, señala que el proyecto de ley propuesto tiene dos propuestas no compartidas por el Ministerio de Salud, como lo son:

- El consentimiento sustituto
- Extensión de por fuera del diagnóstico de la enfermedad terminal

Además, sugiere que el proyecto se beneficiaría de precisiones técnicas y que existe el riesgo de lo que se conoce como “pendientes resbaladizas” frente a la enfermedad crónica, enfermedad mental y condiciones de discapacidad.

K) H.R. Cesar Lorduy.

Señala que se debe agradecer los aportes de quienes han intervenido. Por otra parte, considera que este tipo de derechos, a diferencia de otros, como el de los niños no son obligatorios, por lo tanto, puede ejercerse o no, a nadie se le está imponiendo absolutamente nada y uno puede oponerse a todo, menos a que el ciudadano tenga derechos.

En ese sentido, defenderá el derecho de escoger o no esta opción. Refiere, además, que algunas de las intervenciones hicieron comentarios sobre a una versión anterior del proyecto y que temas como el de la procedencia de este derecho en NNA ya fue superadas de manera oportuna. Partiendo de lo anterior, expresa que se debe avanzar sobre la base de respetar lo que más se pueda de la idea que cada uno tenga.

De otra parte, aclara que la Corte Constitucional impuso una obligación al Congreso de la República y para ello está la discusión, de ello saldrá el resultado del consenso de una sociedad reflejada en el Congreso.

L) H.R. Carlos Acosta.

Señala que la premisa sobre la cual se fundamenta este llamado “derecho” pero que en realidad es un procedimiento. Argumenta que la lógica indica que no puede

haber derechos que sean contrapuestos, por ello lo que existe es el derecho a la vida y no a la muerte.

De otra parte, indica que la que es digna es la vida y no la muerte, y esto está relacionado con un concepto importante de que la dignidad humana no depende de como se vive la vida, esta es inherente al ser humano, nadie es menos digno que otros.

En el mismo sentido, reitera la existencia del cuidado paliativo y de la importancia de su acompañamiento médico, con prevención del ensañamiento terapéutico, social, psicológico, familiar y espiritual para quienes sufren de una enfermedad terminal y que esto si constituye un paso digno hacia la muerte.

Finalmente, argumenta que el camino de quitar al débil, al enfermo es un camino muy peligroso y es una teoría de tipo eugenésico.

Nota: A la Comisión Primera de la Cámara de Representantes también allegaron comentarios al proyecto de ley la Organización Juvenil Vida por Nacer, y las ciudadanas Claudia Ramírez y María Beatriz Toro de Luna, pero no intervinieron en la audiencia pública.

2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

Este proyecto de ley estatutaria tiene como fin establecer disposiciones generales para el acceso al derecho fundamental a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia.

3. PROBLEMA A RESOLVER

A pesar de que el derecho a morir dignamente en Colombia fue reconocido por la Corte Constitucional como un auténtico derecho fundamental y la misma, en aras de garantizar la dignidad humana y los derechos de quienes la solicitan, determinó los mínimos requeridos para su realización en Colombia, hoy el procedimientos relacionado con la muerte digna bajo la modalidad de la eutanasia no cuenta con instrumentos normativos de rango legal que reglamenten su realización.

En ese sentido, las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social que regularon la eutanasia en mayores de edad y en niños, niñas o adolescentes son un gran avance en su reglamentación, pero es insuficiente. La ausencia de una que regule la materia es uno de los principales problemas de quienes pretenden acceder a este derecho fundamental, y para los profesionales de la medicina que realizan este tipo de procedimientos ante la falta de seguridad jurídica. Por ello, lo que se pretende con la presentación de este proyecto de ley

estatuaria, es brindar la base legal para el acceso y reglamentación del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia en Colombia.

4. ANTECEDENTES

La discusión sobre el reconocimiento del derecho a decidir sobre la vida también fue dada en Colombia desde una perspectiva menos absoluta que la de algunos países de Europa y fue la Corte Constitucional quien sustentó las bases para su reconocimiento como derecho fundamental desde el año 1997. Gracias a ello Colombia fue el primer país de la región en reconocer y regular este derecho.

4.1. MARCO NORMATIVO

El marco normativo que regula lo relacionado con los derechos de las personas a morir dignamente se ha ido construyendo, como ocurre en la mayoría de los casos, de manera progresiva. Este articula tanto los distintos tratados internacionales que se refieren a este derecho, como los instrumentos normativos de carácter nacional como la Constitución Política de 1991; la Resolución 13437 de 1991; la Ley 1733 de 2014; las resoluciones proferidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros.

Por su parte, los artículos 1, 11, 12 y 16 de la constitución establecen que “*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 humana², en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general*”; que “*el derecho a la vida es inviolable. (...)*”; que “*nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*” y que “*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.*”

Estos preceptos constitucionales servirían de base para que la misma Corte Constitucional elevara el derecho a morir dignamente a la categoría de fundamental.

La Resolución 13437 de 1991 expedida por el Ministerio de Salud en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por los artículos 6º y 120 del Decreto Ley 1471 de 1991, “*por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes*” enunció

² Negrilla fuera de texto

en su artículo 1 una serie de derechos de los pacientes frente al sistema de salud de carácter irrenunciable, entre los cuales se encuentran los que se encuentra:

“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.”³

Ley 1733 de 2014 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,*” expedida por el Congreso de la República aborda una de las perspectivas del derecho a morir dignamente y es uno de los pasos de mayor importancia en su regulación. Esta ley asume el derecho a morir dignamente desde una perspectiva del cuidado paliativo, establece quienes pueden ser considerados como enfermos en fase terminal o enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida y establece en su artículo 5 los derechos de los pacientes con este tipo de enfermedades, entre los que se encuentran:

- Acceso al cuidado paliativo.
- Acceso al derecho a la información sobre la enfermedad que padece.
- Derecho a una segunda opinión sobre la enfermedad que padece.
- Derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada.
- Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma decisiones en el cuidado paliativo.
- Derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir los cuidados paliativos.
- Derecho de los familiares a dar el consentimiento sustituto sobre los cuidados paliativos.

Resolución 1216 de 2015. En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-970 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1216 de 2015, en la cual fijó los parámetros generales para garantizar el derecho a morir dignamente, así como la conformación y funciones de los comités científico-interdisciplinarios (Resolución 1216, 2015).

Resolución 0825 de 2018. En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-540 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 825 de 2018, en la que se fijó los parámetros generales para acceder al derecho a morir dignamente en Niños, Niñas y Adolescentes. (Resolución 0825 , 2018).

³ Negrilla fuera de texto

Finalmente, la **Resolución 2665 de 2018** por medio de la cual se reglamente a la Ley 1773 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, dispone entre otras, el contenido, los requisitos, formas y condiciones para que las voluntades anticipadas se consideren válidas.

De lo anteriormente nombrado, puede concluirse que el derecho a morir dignamente lo componen las siguientes facultades o decisiones en cabeza del paciente:

- Realización del Procedimiento eutanásico.
- Limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales.
- Cuidados paliativos.

En ese orden de ideas, según la Corte Constitucional (2017), el derecho fundamental a morir dignamente tiene múltiples dimensiones y otorga diferentes posibilidades al paciente. Este derecho va más allá de la solicitud de la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”. Por ello, se trata de un derecho que reconoce el 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 (Sentencia T-721., 2017).

4.2. JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

A continuación, de acuerdo a la Sentencia T-544 de 2017, se relacionan las principales sentencias de la Corte Constitucional sobre la materia.

Año 1993

El derecho a morir dignamente ha estado relacionado con la eutanasia, tipificada en su momento el código penal como homicidio por piedad o con fines altruistas. El primer antecedente relevante relacionado con el derecho a morir dignamente en Colombia es la sentencia T-493 de 1993. Aunque la controversia no giró en torno a la aplicación de la eutanasia, fue la primera vez que la Corte decidió un caso sobre el derecho al libre desarrollo de la personalidad de las personas que voluntariamente deciden no recibir un tratamiento médico, en aras de salvaguardar el derecho al libre desarrollo de la personalidad (Sentencia T-493, 1993).

Año 1997

Posteriormente, la Corte Constitucional mediante la sentencia C-239 de 1997 resolvía una demanda de constitucionalidad en contra del artículo que tipificaba en el código penal el homicidio por piedad. El Magistrado ponente fue Carlos Gaviria Díaz, quien planteó por primera vez la posibilidad de reconocer que la dignidad humana no solo se materializa en vivir dignamente, si no en morir de manera digna cuando una aflicción causada por una enfermedad grave impide el normal transcurso de la vida de una persona, haciéndola incompatible con su concepto individual de dignidad. Igualmente reconoció la libertad de decidir a terminar su vida de quien lo solicite, decisión a la que el Estado no puede oponerse, en los siguientes términos (Sentencia C-239, 1997):

“si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el artículo 326 del 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, como ya se ha señalado, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico”.

Por otra parte, la Corte en mencionada sentencia determinó los lineamientos rigurosos bajo los cuales podría regularse la muerte digna en Colombia, además exhortó al Congreso de la República a expedir una ley para regular este derecho, a saber (Sentencia C-239, 1997):

- “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.*

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 ese sentido, la Corte despenalizó la eutanasia siempre que concurren los siguientes elementos: (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 (Sentencia C-239, 1997). Señalando además que, en esos eventos, la conducta del sujeto activo no es antijurídica y por tanto no hay delito. En caso de faltar algún elemento, la persona sería penalmente responsable por homicidio.

Finalmente exhortó 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”.*

Año 2014.

En el año 2014 la Corte Constitucional revisó la acción de tutela formulada por una mujer que solicitaba como medida de protección de sus derechos a la vida y a morir dignamente que se le ordenara a la EPS adelantar el procedimiento de eutanasia. La accionante padecía cáncer de colon con diagnóstico de metástasis y en etapa terminal, había manifestado su voluntad de no recibir más tratamiento y su médico se negó a practicar la eutanasia por considerarla homicidio (Sentencia T-970, 2014). Aquel caso, resultaría crucial para que la Corte exhortara al Ministerio de Salud y al Congreso (nuevamente) a regular el derecho a morir dignamente. Considerando que, el juzgado que conoció el caso en única instancia resolvió no tutelar los derechos fundamentales de la peticionaria, en razón de que en ese año no existía en Colombia un marco normativo que obligara a la realización de la eutanasia y porque las entidades accionadas, no enviaron el informe sobre el diagnóstico y el estado de salud de la paciente, que le permitiera verificar los requisitos señalados por la Corte en sentencia C-239 de 1997 (Sentencia T-970, 2014). Además, en sede de revisión, la Corte determinó que el procedimiento para garantizar el derecho a morir dignamente puede ser múltiple. En algunos casos, la fórmula no será la eutanasia sino otro que se ajuste a la voluntad del paciente. Asimismo, hizo referencia a las clasificaciones según la forma de realización del procedimiento de eutanasia (Sentencia T-970, 2014):

Por otro lado, reiteró el carácter fundamental de este derecho, considerando su relación o conexidad directa con la dignidad humana y otros derechos como el derecho a la vida y el libre desarrollo de la personalidad, reconoció por otro lado, el carácter autónomo e independiente de este derecho.

Finalmente, fijó algunos presupuestos para hacer efectivo el goce el derecho a morir dignamente mientras el Congreso regula la materia, bajo los cuales exhortó al Ministerio de Salud a expedir la resolución para reglamentar su aplicación, que hoy se encuentra vigente.

Año 2017.

En el año 2017, la corte en sede de tutela expidió la Sentencia T-544, en la que sentó las bases para el desarrollo de la eutanasia en Niños Niñas y Adolescentes, al reconocer que, si bien la Corte Constitucional solo ha expedido pronunciamientos para su realización en mayores de edad, su carácter fundamental no admite distinciones o condicionamientos de este tipo, y no comporta una limitación del alcance del derecho fundamental a morir dignamente fundada en la edad. Pues considerar que solo son titulares del derecho los mayores de edad, implicaría una 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 (Sentencia T-544, 2017). Por ello exhortó al Ministerio de Salud para que se expidiera una resolución que incluyera instrumentos similares al de la Resolución 1216 de 2015.

Bajo estos supuestos, el Ministerio de Salud expidió en 2018 la Resolución 0825, mediante la cual reguló e hizo posible que los NNA tuvieran acceso efectivo al derecho a morir dignamente.

Como puede observarse, las sentencias mencionadas desarrollan buena parte de los requisitos y condiciones en las que se ha reconocido el derecho a morir dignamente por parte de la Corte Constitucional, siendo estas sentencias algunas de las más importantes sobre la materia. Esta jurisprudencia constituye un referente importante para la regulación de este derecho, a pesar de no existir una sentencia de unificación de lo decidido sobre el particular en Sede de Tutela o Revisión, que acompañe lo señalado por la Sala Plena de la Corte Constitucional en la Sentencia C-239 de 1997, en la que el entonces Magistrado Carlos Gaviria Díaz daba otro avance importante en el camino del respeto de las libertades individuales y a la vida digna en Colombia.

5. SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2019), en Colombia se han practicado 64 eutanasias reportadas a esta entidad por enfermedades oncológicas o no oncológicas. De las cuales, el promedio de edad de los solicitantes es de 58 años.

Año	Oncológicos	No oncológicos	Total
2015	3	1	4
2016	6	1	7
2017	14	1	15
2018	18	1	19
2019	15	4	19
Total	56	8	64

*Corte 20 de agosto de 2019

(Fuente: elaboración propia con base en la respuesta al derecho de petición enviado al Ministerio de Salud y Protección Social)

Sin embargo, la delegada de este ministerio en audiencia pública del presente proyecto de ley manifestó que en Colombia se han realizado **74 eutanasias** desde el año 2015, razón por la cual se deja constancia en la presente ponencia de este nuevo dato aportado por el ministerio.

Frente al número de procedimientos que se reportan, aclara que el Ministerio tiene registrado únicamente las solicitudes que se hacen efectivas o que llegaron a la realización del procedimiento de eutanasia, por lo que no se cuenta con el número total de solicitudes realizadas por personas que recibieron una respuesta negativa o que desistieron de su solicitud en el algún momento del proceso. Cabe mencionar también que, de acuerdo a lo señalado por esta entidad, de las eutanasias realizadas solo una ha sido realizada mediante la presentación de un consentimiento sustituto en el año 2018, para el caso de un paciente que sufría una enfermedad terminal de origen oncológico.

De otra parte, teniendo en cuenta las variables por medio de las cuales se desagrega la información estadística en el Ministerio de Salud y Protección social, esta entidad reporta que las enfermedades de base, que generan el estadio clínico de final de vida de tipo enfermedad terminal son las enfermedades de origen oncológico, las cuales representan 87,5% de los casos; las no oncológicas un 12,5% de los casos reportados. Con relación a las enfermedades oncológicas las tres de mayor frecuencia, son:

- a. Tumores malignos de origen gastrointestinal (incluye páncreas, hígado, estómago y colón)
- b. Tumor maligno de pulmón y/o bronquios
- c. Tumor maligno de ovario y/o cérvix

Frente a las enfermedades no oncológicas la de mayor frecuencia es la Esclerosis Lateral Amiotrofica, la cual representa el 75% de todos los casos no oncológicos reportados a este Ministerio.

Por otro lado, de acuerdo con el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia (2015), en el que se dan indicaciones y recomendaciones basadas en la evidencia, sobre los medicamentos y el orden de aplicación de estos, con el objetivo de que se pueda garantizar que el procedimiento de la eutanasia sea corto y certero, se recomiendan realizar el suministro de los siguientes medicamentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015):

Medicamento (genérico)	Tiempo de latencia (segundos)	Dosis (mg/kg de peso)
Lidocaina Sin Epinefrina	10 segundos	2 mg/kg
Midazolam	30 segundos	1 mg/kg
Fentanyl	30-45 segundos	25 mcg/kg
Propofol	30-45 segundos	20 mg/kg
o		
Tiopental sódico	30-45 segundos	30 mg/kg
Vecuronio	90 segundos	1 mg/kg

Fuente: Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia.

Cabe anotar que el protocolo además indica la secuencia, la vía de administración parenteral y da recomendaciones de buena práctica clínica para la atención de la anticipación de la muerte.

Lo anterior, contrasta con lo señalado con los datos de las eutanasias que, según Gustavo Quintana ha realizado en Colombia. Quintana en entrevista con BluRadio señaló haber realizado “según sus propias cuentas” 403 eutanasias en los últimos cinco años (Bluradio, 2019). Además, aseguró que: “*paga coimas para obtener los medicamentos que usa en sus procedimientos*” y que incluso utiliza Potasio, pese a que el protocolo diseñado por el Ministerio de Salud pide no usar esa sustancia por el grado de dolor que causa en los pacientes (Bluradio, 2019). Finalmente, señaló que los medicamentos que emplea le cuestan cuatro millones de pesos.

Los datos del Ministerio de Salud y Protección Social y lo que, supuestamente realiza Quintana, son el reflejo de lo que está sucediendo en Colombia ante la ausencia de una ley, lo que sucede cuando el Estado no hace efectiva la potestad que le han encargado sus administrados de regular las relaciones humanas en lo que se considera fundamental: el inevitable hecho de acceder a este tipo de procedimientos bajo condiciones no adecuadas y con un bajo control del Estado.

6. DERECHO COMPARADO

Diferentes sectores de la doctrina entienden que existe un derecho a la autodeterminación o a la libre disposición de la vida, y por lo tanto la el derecho a decidir sobre la terminación de esta. Entre posturas absolutas y relativas sobre el reconocimiento de este derecho se encuentran aquellas que, consideran el derecho a disponer sobre la terminación de la vida de carácter irrenunciable. Sobre el argumento de que el derecho a la vida protegido por la constitución no es absoluto, por lo tanto, es renunciable, bajo este supuesto, si el hombre tiene derecho a vivir, también tendrá derecho a señalar el momento de su muerte (Francisco Farfán Molina, 2008).

Por otra parte, se encuentra la tesis de quienes niegan la existencia de un derecho genérico a la muerte, pero aceptan que la renuncia al el derecho a la vida tiene justificación en algunos casos concretos. Partiendo de reconocer que, si bien los principios constitucionales protegen el derecho a la vida, sin llegar a reconocer el derecho a disponer de ella, estos no la protegen de manera absoluta ante circunstancias extremas (Francisco Farfán Molina, 2008). Como es evidente, las posturas alrededor del derecho a disponer de la vida, o lo que llamamos en Colombia como el derecho a morir dignamente tiene distintos puntos de vista no solo jurídicos, sino también éticos y morales. Posturas que dependerán, en puntos clave, de la forma en que se considere el valor o el derecho a la vida.

En ese sentido, el debate ha estado abierto desde hace décadas y han sido varios los países que poco a poco han venido realizando una transición hacia el reconocimiento del derecho a morir dignamente, con discusiones profundas sobre lo que implica su reconocimiento y regulación, en la que coexisten aspectos históricos, religiosos, socioeconómicos y culturales propios de cada país (Reis de Castro, Cafure, Pacelli, Silva, Rückl & Ângelo, 2016).

Tradicionalmente, países como Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Holanda, y Luxemburgo, han enarbolado las banderas de la regulación de la eutanasia o el suicidio asistido como practicas legales, bajo ciertos criterios o circunstancias para

su realización. En estos países el reconocimiento de este derecho sobrevino con promulgación de una ley, mediado en ocasiones, por un plebiscito o un referendo como ha ocurrido en Estados Unidos, o por la vía judicial en varios casos, como se muestra a continuación:

País	Edad requerida	Condición o padecimiento requerido	Procedimiento de muerte digna permitido	Vía para la regulación	Año de regulación
Bélgica	Sin restricciones desde 2014*	Enfermedad incurable, incluyendo enfermedades mentales, que producen un sufrimiento físico o psicológico insoportable.	- Está regulada la eutanasia. - El suicidio asistido no está regulado, pero se practica en los mismos términos y condiciones que la eutanasia.	Ley	2002 y 2014*
Canadá-Quebec	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Eutanasia	Ley	2015
Estados Unidos-California	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2015
Estados Unidos-Montana	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Judicial-Después del Caso Robert Baxter	2009
Estados Unidos-Oregón	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	1997
Estados Unidos-Washington	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2009
Estados Unidos-Vermont	Mayores de edad	Enfermedad terminal	Suicidio asistido	Ley	2013
Holanda	Mayores de edad, menores de edad entre los 12 y 17 años	Enfermedad crónica que genere un intenso sufrimiento	Eutanasia y suicidio asistido	Ley	2002

		físico y psicológico.			
Luxemburgo	Mayores de edad	Enfermedad terminal que cause sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin perspectiva de mejora, causada por una dolencia accidental o patológica.	Eutanasia y suicidio asistido	Ley	2009
Suiza	Mayores de edad	Enfermedad terminal en la mayoría de las instituciones que lo practican	El código penal prohíbe la eutanasia, pero por omisión legal permite el suicidio asistido, con fines altruistas, sin mayor regulación al respecto.	Ley	NA

(Elaboración UTL-Juan Fernando Reyes Kuri)

(Fuente: Leyes sobre eutanasia y suicidio asistido en Bélgica, Holanda, Luxemburgo y Canadá, y Artículo de revista titulado: “Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática”)

7. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

7.1. NORMAS DE RANGO CONSTITUCIONAL.

La presentación de este proyecto de Ley Estatutaria encuentra fundamento en las siguientes artículos de la Constitución Política, relacionados con la dignidad humana; el derecho a la vida entendido desde la perspectiva de que este derecho no puede reducirse a la simple existencia humana, sino a vivir dignamente, en pleno desarrollo de la autonomía individual; el libre desarrollo de la personalidad y la igualdad ante la ley.

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 11. *“El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.*

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”.*

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”.*

7.2. JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL

Como se mencionó anteriormente, la jurisprudencia ha dicho que el derecho a morir dignamente tiene carácter fundamental y una íntima relación con la vida, la dignidad humana y la autonomía. Además, lo constituye una multiplicidad de dimensiones y otorga diferentes posibilidades al paciente frente a la forma en la que se enfrenta el final de la vida. Dejando atrás la vieja idea de que este solo lo constituye la solicitud de la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”. En ese sentido, según la corte, se trata de un derecho que reconoce el 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. Por otro lado, la Corte Constitucional ha exhortado en varias ocasiones al Congreso de la República desde el año 1997 a regular esta materia, considerando los parámetros fijados en la Sentencia C-239 de 1997 y los criterios de su jurisprudencia. Sin embargo, hasta la fecha, el Congreso ha hecho caso omiso y no ha expedido ninguna norma que cumpla con ese propósito.

8. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Después de la realización de la audiencia pública y de la consideración de los argumentos presentado en el primer debate, se hicieron las siguientes modificaciones al texto del proyecto de ley:

Texto aprobado en primer debate	Texto propuesto para segundo debate	Modificaciones
---------------------------------	-------------------------------------	----------------

<p>ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>i) Condición médica grave: Es la condición patológica grave o lesión grave diagnosticada y certificada por el médico especialista tratante, que causa disminución avanzada e irreversible de las capacidades, pérdida de la calidad de vida y sufrimientos físicos permanentes que no pueden ser aliviados en condiciones que la persona considere aceptables.</p> <p>ii) Consentimiento sustituto o indirecto: Es el consentimiento expresado por los familiares en el primer grado de consanguinidad, primero civil, por quien ejerza la patria potestad o la representación legal del niño, niña o adolescente, en lugar del consentimiento de la persona, cuando este se encuentre bajo circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, siempre y cuando la decisión haya sido expresada previamente en tal sentido, mediante documento de voluntad anticipada o de manera persistente a través de cualquier otro medio.</p> <p>iii) Cuidados paliativos: Son los cuidados apropiados para una</p>	<p>ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>i) Consentimiento indirecto: Es el consentimiento expresado por <u>quien esté legitimado para ello</u> en lugar del consentimiento de la persona, cuando <u>esta</u> se encuentre bajo circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, siempre <u>que</u> la decisión haya sido expresada en tal sentido, mediante documento de voluntad anticipada o de manera persistente a través de cualquier otro medio <u>de efectiva comprobación.</u></p> <p>ii) Cuidados paliativos: Son los cuidados apropiados para una persona con una enfermedad terminal, enfermedad incurable <u>avanzada</u>, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida</p>	<p>Se modificaron las siguientes definiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voluntad anticipada • consentimiento sustituto • cuidados paliativos • enfermedad incurable avanzada • eutanasia • derecho a la muerte digna <p>Por otra parte, se eliminó la definición de médico tratante</p>
--	---	---

<p>persona con una enfermedad terminal, enfermedad incurable, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.</p> <p>iv) Enfermedad incurable: Enfermedad grave, condición patológica grave o lesión grave de curso progresivo y gradual, que afecta la autonomía y la calidad de vida, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento terapéutico, por la generación de sufrimiento físico y por que evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.</p> <p>v) Enfermedad terminal. Enfermedad, condición patológica grave o lesión grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un</p>	<p>posible para el paciente y su familia.</p> <p>iii) Derecho a la Muerte digna: Es un derecho fundamental, íntimamente relacionado con la dignidad humana y con la autonomía individual, consistente en el conjunto de facultades que le permiten a una persona tomar decisiones libres e informadas y tener control sobre el proceso de su muerte, ante el sufrimiento causado por una enfermedad terminal <u>o</u> enfermedad incurable <u>avanzada</u>.</p> <p>iv) Documento de Voluntad anticipada-DVA: Aquel en el que toda persona en pleno uso de sus facultades legales y mentales y, como previsión de no poder tomar tal decisión en el futuro, declara de forma libre, informada e inequívoca, su decisión de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan alargar su vida.</p> <p>v) Enfermedad incurable avanzada: Enfermedad grave, condición patológica grave o lesión grave de curso progresivo y gradual, que afecta la autonomía y la calidad de vida, que se</p>	
---	--	--

<p>tratamiento terapéutico y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.</p> <p>vi) Eutanasia: Acto médico con el cual se induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el sufrimiento causado por una enfermedad terminal, enfermedad incurable o condición médica grave y ante la imposibilidad de que un tratamiento terapéutico mejore su condición médica.</p> <p>vii) Médico tratante: Profesional de la medicina que ha sido asignado para el cuidado y tratamiento de una persona que sufre una enfermedad terminal, enfermedad incurable o condición médica grave, que conoce de manera íntegra el caso de la persona y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y quién mediado por la solicitud de la persona, podrá introducir la muerte de manera anticipada ante la imposibilidad de que un tratamiento terapéutico mejore su condición médica.</p>	<p>caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento terapéutico, por la generación de sufrimiento físico y porque evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.</p> <p>vi) Enfermedad terminal: Enfermedad, condición patológica grave o lesión grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento terapéutico y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.</p> <p>vii) Eutanasia: Procedimiento médico con el cual se induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el sufrimiento causado por una enfermedad terminal <u>o</u> enfermedad incurable avanzada y ante la imposibilidad de que un</p>	
---	---	--

<p>viii) — Derecho a la Muerte digna: Es un derecho fundamental, íntimamente relacionado con la dignidad humana y con la autonomía individual, consistente en el conjunto de facultades que le permiten a una persona tomar decisiones libres e informadas y tener control sobre el proceso de su muerte, ante el sufrimiento causado por una enfermedad terminal, enfermedad incurable o condición médica grave.</p> <p>ix) Limitación o readecuación del esfuerzo terapéutico: Acto médico consistente en no iniciar, adaptar o retirar el plan de tratamiento terapéutico por considerarlo inútil, innecesario o desproporcionado conforme a la condición médica de la persona, con el fin de no prologar innecesariamente la vida o atrasar la muerte cuando no existe posibilidades razonables de recuperación o alivio, dando paso a que el proceso de la enfermedad hacia la muerte siga su curso natural.</p> <p>x) Voluntad anticipada: Aquel documento que toda persona en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar tal decisión en el futuro, declara de forma libre, informada e inequívoca, su</p>	<p>tratamiento terapéutico mejore su condición médica.</p> <p>viii) Limitación o readecuación del esfuerzo terapéutico: Acto médico consistente en no iniciar, adaptar o retirar el plan de tratamiento terapéutico por considerarlo inútil, innecesario o desproporcionado conforme a la condición médica de la persona, con el fin de no prologar innecesariamente la vida o atrasar la muerte cuando no existe posibilidades razonables de recuperación o alivio, dando paso a que el proceso de la enfermedad hacia la muerte siga su curso natural.</p>	
--	---	--

<p>decisión de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan alargar su vida.</p>		
<p>ARTÍCULO 3. DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. Toda persona que sufra una enfermedad terminal, una enfermedad incurable o una condición médica grave, diagnosticada y certificada por el médico especialista tratante, sin restricción alguna por motivos de pertenecía étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual o de cualquier índole, tendrá derecho al control sobre el proceso de su muerte, a elegir dentro de las opciones que incluye el derecho a morir dignamente y a ser respetado en su decisión.</p> <p>Entre las opciones que las personas podrán solicitar ante el médico tratante, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, además de las señaladas en el artículo 5 de la Ley 1733 de 2014 o el que lo modifique o derogue, se encuentran la posibilidad de solicitar la limitación o readecuación del esfuerzo terapéutico o la solicitud de realización del procedimiento de eutanasia.</p>	<p>ARTÍCULO 3. DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. Toda persona <u>mayor de edad</u> que sufra una enfermedad terminal <u>o</u> enfermedad incurable <u>avanzada</u>, sin restricción alguna por motivos de pertenecía étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual o de cualquier índole, tendrá derecho al control sobre el proceso de su muerte, a elegir dentro de las opciones que incluye el derecho a morir dignamente y a ser respetado en su decisión.</p> <p>Entre las opciones que las <u>referidas</u> personas podrán solicitar ante el médico tratante, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, además de las señaladas en el artículo 5 de la Ley 1733 de 2014 o el que lo modifique o derogue, se encuentran la posibilidad de solicitar la limitación o readecuación del esfuerzo terapéutico o la solicitud de realización del procedimiento de eutanasia.</p>	<p>Se modificó la redacción del artículo.</p>

<p>ARTÍCULO 4. DE LOS REQUISITOS PARA LA SOLICITUD. Para las solicitudes de realización del procedimiento de eutanasia en los términos de la presente ley, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:</p> <p>I) Ser mayor de 18 años de edad.</p> <p>II) Presentar un sufrimiento intolerable causado por una enfermedad terminal, una enfermedad incurable o condición médica grave.</p> <p>III) Ser libre, inequívoca, informada y reiterada.</p> <p>IV) Únicamente un profesional de la medicina podrá realizar el procedimiento de eutanasia.</p> <p>PARÁGRAFO. La solicitud o el consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad terminal, enfermedad incurable o condición médica grave. En ese sentido, los documentos de voluntades anticipadas se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento.</p> <p>Asimismo, si la persona se encuentra bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, la solicitud podrá ser presentada mediante consentimiento sustituto.</p>	<p>ARTÍCULO 4. REQUISITOS. Para la <u>autorización de la</u> realización del procedimiento de eutanasia en los términos de la presente ley, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:</p> <p>I) <u>La persona solicitante deberá</u> ser mayor de 18 años de edad.</p> <p>II) <u>La persona solicitante deberá</u> presentar un sufrimiento intolerable causado por una enfermedad terminal o enfermedad incurable <u>avanzada.</u></p> <p>III) <u>El consentimiento expresado por la persona solicitante deberá</u> ser libre, inequívoco, informado y reiterado.</p> <p>IV) Únicamente un profesional de la medicina podrá realizar el procedimiento de eutanasia.</p> <p>PARÁGRAFO PRIMERO. Las personas con discapacidad como sujetos de derechos y en ejercicio de su capacidad en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su consentimiento y la comprensión de la información del procedimiento de eutanasia, conforme a lo dispuesto en la</p>	<p>Se modificó la redacción del artículo.</p> <p>Además, se agrega el párrafo primero para acoger lo señalado por la delegada de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente en la audiencia pública sobre la necesidad de adecuar el texto a la ley 1996 de 2019.</p> <p>Asimismo, se agrega el párrafo tercero para resolver un vacío jurídico relacionado con la presentación de un posible conflicto de interés frente al consentimiento indirecto.</p>
--	---	---

	<p><u>Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.</u></p> <p><u>PARÁGRAFO SEGUNDO.</u> La solicitud o el consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad terminal o enfermedad incurable <u>avanzada</u>. En ese sentido, los documentos de voluntades anticipadas se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento.</p> <p>Si la persona se encuentra bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, la solicitud podrá ser presentada mediante consentimiento <u>indirecto, siempre y cuando la persona legitimada para ello se encuentre dentro del primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o primero civil, según el caso.</u></p>	
<p>ARTÍCULO 5. TRÁMITE DE LA SOLICITUD. La persona que se encuentre dentro de las condiciones previstas en el artículo 4 de la presente ley, podrá solicitar ante su médico tratante la realización del procedimiento de eutanasia para morir dignamente.</p> <p>El médico tratante, una vez reciba la solicitud deberá informar a la persona o a su representante legal acerca del</p>	<p>ARTÍCULO 5. TRÁMITE DE LA SOLICITUD. La persona que se encuentre dentro de las condiciones previstas en el artículo 4 de la presente ley, podrá solicitar ante su médico tratante la realización del procedimiento de eutanasia para morir dignamente.</p> <p><u>i) Trámite ante el médico tratante.</u></p> <p>El médico tratante, una vez reciba la solicitud deberá</p>	<p>Se modificó la redacción de este artículo de acuerdo a los comentarios realizados por los intervinientes de la audiencia pública.</p> <p>Por otra parte, se agrega el párrafo segundo para atender los comentarios realizados por la</p>

<p>diagnóstico de la enfermedad terminal, enfermedad incurable o condición médica grave que padece, las diferentes opciones terapéuticas y de cuidados paliativos existentes para su tratamiento o alivio sintomático, así como los beneficios y riesgos de su implementación.</p> <p>En acto seguido, establecerá en un término no mayor a cinco (5) días calendario siguientes a la presentación de la solicitud el cumplimiento de los requisitos contenidos en el artículo 4 de la presente ley y hará una valoración psiquiátrica de la persona solicitante. Para el cumplimiento de lo anterior podrá apoyarse en otros profesionales de la medicina que sean especialistas en psiquiatría, o en la enfermedad terminal, enfermedad incurable o condición médica grave que sufre la persona, según el caso.</p> <p>Confirmada la enfermedad terminal, enfermedad incurable o condición médica grave y la capacidad de la persona solicitante, el médico tratante deberá convocar al Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente de manera inmediata, para que el Comité en un plazo máximo de diez (10) días calendario siguientes verifique el cumplimiento de los</p>	<p>informar a la persona o a su representante legal acerca del diagnóstico de la enfermedad terminal o enfermedad incurable <u>avanzada</u> que padece, las diferentes opciones terapéuticas y de cuidados paliativos existentes <u>en el marco del derecho a morir dignamente</u> para su tratamiento o alivio sintomático, así como los beneficios y riesgos de su implementación.</p> <p>Acto seguido, <u>en caso de que la persona decida continuar con el proceso</u>, establecerá en un término no mayor a cinco (5) días calendario siguientes a la presentación de la solicitud el cumplimiento de los requisitos contenidos en el artículo 4 de la presente ley y hará una valoración <u>de la eficacia de los cuidados paliativos para atender la condición médica del solicitante</u>. Para el cumplimiento de lo anterior podrá apoyarse en otros profesionales de la medicina que sean especialistas en psiquiatría, <u>cuidados paliativos</u> enfermedad terminal o enfermedad incurable <u>avanzada</u> que sufre la persona, según el caso.</p>	<p>representante del Observatorio de Intervención Ciudadana Constitucional de la universidad Libre, relacionado con la existencia de varias manifestaciones de voluntad.</p>
--	--	--

requisitos para la aprobación de la realización del procedimiento de eutanasia.

Si estos se cumplen, el Comité preguntará a la persona solicitante si reitera su decisión. En caso que así sea, deberá autorizar al médico tratante la realización del procedimiento de eutanasia y programar la realización del mismo en un término que no podrá ser superior a quince (15) días calendario después de haberse realizado la reiteración.

~~En el caso de existir discordancia entre las valoraciones del médico tratante y el Comité, este último consultará con otro profesional de la medicina y reevaluará el caso:~~

En cualquier momento del trámite de aprobación del procedimiento de eutanasia la persona solicitante podrá desistir de su solicitud y optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.

PARÁGRAFO PRIMERO. En el caso en el que se hubiese presentado la solicitud de manera persistente por parte de la persona y posteriormente esta se encuentre ante la

Establecidos los requisitos del artículo 4 de la presente ley, la capacidad y la eficacia del cuidado paliativo o el rechazo de esta opción terapéutica por parte de la persona solicitante, el médico tratante deberá convocar al Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente de manera inmediata, para que el Comité verifique el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la realización del procedimiento de eutanasia.

ii) Trámite ante el Comité.

El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente en un plazo máximo de diez (10) días calendario **siguientes a su convocatoria** verificará el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la realización del procedimiento de eutanasia. Si estos se cumplen, el Comité preguntará a la persona solicitante si reitera su decisión. En caso que así sea, deberá autorizar al médico tratante la realización del procedimiento de eutanasia y programar la realización del mismo en un término que no podrá ser superior a quince (15) días calendario después de

imposibilidad de reiterar su decisión, podrán sus familiares en primer grado de consanguinidad o primer civil, ~~o quien ejerza la patria potestad o su representación legal~~ reiterarlo de manera sustituta.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El médico tratante deberá registrar en la historia clínica del paciente todas las actuaciones relacionadas con la realización del procedimiento de eutanasia, incluidas las solicitudes, los documentos de voluntades anticipadas y las valoraciones médicas realizadas a la persona solicitante bajo las cuales se aprobó o rechazó la realización del procedimiento.

haberse realizado la reiteración.

Sí el Comité considera que existen inconsistencias en las valoraciones realizadas por el médico tratante, este podrá consultar a otro profesional de la medicina y reevaluará el caso.

PARÁGRAFO PRIMERO. En cualquier momento del trámite de **autorización** del procedimiento de eutanasia la persona solicitante podrá desistir de su solicitud y optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.

Sí la persona decide no continuar con el trámite de autorización y programación del procedimiento de eutanasia y opta por la atención de cuidados paliativos, se le garantizará dicha atención.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En el caso en el que se hubiese presentado la solicitud de manera persistente por parte de la persona y posteriormente esta se encuentre ante la imposibilidad de reiterar su decisión, podrán sus familiares en primer grado de consanguinidad, **primero de**

	<p><u>afinidad</u> o <u>primero</u> civil, reiterarlo de-manera sustituta.</p> <p>PARÁGRAFO TERCERO. <u>Si existen por parte de la persona solicitante distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá aquella en la que se hubiese expresado la revocatoria del consentimiento.</u></p> <p>PARÁGRAFO CUARTO. El médico tratante deberá registrar en la historia clínica del paciente todas las actuaciones relacionadas con la realización del procedimiento de eutanasia, incluidas las solicitudes, los documentos de voluntades anticipadas y las valoraciones médicas realizadas a la persona solicitante bajo las cuales se aprobó o rechazó la realización del procedimiento.</p>	
<p>ARTÍCULO 6. DEL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS-deberán contar dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS con un Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.</p> <p>Este Comité estará conformado por:</p>	<p>ARTÍCULO 6. DEL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS-deberán contar dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS con un Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.</p> <p>Este Comité estará conformado por:</p>	<p>Se modificó la redacción de este artículo, de acuerdo a los argumentos expresados por la delegada del Observatorio de Intervención Ciudadana Constitucional de la universidad Libre, respecto a las</p>

<p>i) Un Tres médicos con la especialidad de la patología que padece el paciente, diferente al médico tratante. ; o un médico pediatra cuando la solicitud la realice un adolescente.</p> <p>ii) Un abogado.</p> <p>iii) Un médico psiquiatra; psiquiatra infantil o psicólogo clínico.</p> <p>El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, será quien autorice y programe la realización del procedimiento de eutanasia, siempre que se cumplan los requisitos fijados en la presente ley.</p> <p>Las demás funciones del Comité serán las determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>PARÁGRAFO. El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá enviar un reporte al Ministerio de Salud y Protección Social indicando todos los hechos y condiciones que rodearon el procedimiento realizado. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, determinará si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al</p>	<p>i) Tres médicos con la especialidad <u>en</u> la patología que padece el paciente, diferentes al médico tratante.</p> <p>ii) Un abogado.</p> <p>iii) Un médico psiquiatra o psicólogo clínico.</p> <p>El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, <u>será quien desde una perspectiva médica verifique el cumplimiento de los requisitos fijados en la presente ley para la autorización y programación del</u> procedimiento de eutanasia. <u>En ningún caso, el Comité podrá evaluar la pertinencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante.</u></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social <u>reglamentará el funcionamiento de este Comité.</u></p> <p>PARÁGRAFO. El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá enviar un reporte al Ministerio de Salud y Protección Social indicando todos los hechos y condiciones que rodearon <u>la solicitud, autorización, programación y realización</u></p>	<p>funciones del Comité, con el fin de mejorar el entendimiento de lo dispuesto en el mismo.</p>
--	---	--

<p>derecho a morir dignamente fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley.</p>	<p><u>del procedimiento de eutanasia.</u></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, determinará si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente <u>bajo la modalidad de eutanasia</u> fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley.</p>	
<p>ARTÍCULO 7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL MÉDICO TRATANTE. El médico tratante en todo del trámite de la solicitud de la persona, podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia para realizar el procedimiento de eutanasia solicitado en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente. Esta deberá hacerse luego de conocer la decisión del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente mediante escrito y debidamente motivada.</p> <p>Una vez presentada la objeción de conciencia, la Entidad Promotora de Salud-EPS a la que se encuentre afiliado el paciente en coordinación con la Institución Prestadora de Salud –IPS que se esté atendiendo a la persona solicitante, ordenará</p>	<p>ARTÍCULO 7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL MÉDICO TRATANTE. El médico tratante en todo del trámite de la solicitud de la persona, podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia para realizar el procedimiento de eutanasia solicitado en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente. Esta deberá hacerse luego de conocer la decisión del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente mediante escrito y debidamente motivada.</p> <p>Una vez presentada la objeción de conciencia, la Entidad Promotora de Salud-EPS a la que se encuentre afiliado el paciente en coordinación con la Institución Prestadora de Salud</p>	<p>Se modificó redacción para un mejor entendimiento de lo dispuesto en este artículo.</p>

<p>a quien corresponda dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, la reasignación de otro médico que ya estuviese registrado en la base de profesionales de la medicina que no tengan objeciones de conciencia.</p> <p>En ningún caso opera la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS-deberán crear e implementar una base de datos, en la que se llevará registro de los profesionales de la medicina vinculados a las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS, que no tengan objeción de conciencia, en aras de garantizar la rápida asignación de un médico tratante que realice el procedimiento solicitado por la persona.</p>	<p>–IPS que se esté atendiendo a la persona solicitante, ordenará a quien corresponda dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, la reasignación de otro médico que ya estuviese registrado en la base de profesionales de la medicina que no tengan objeciones de conciencia.</p> <p>En ningún caso opera la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS-deberán crear e implementar una base de datos, en la que se llevará registro de los profesionales de la medicina vinculados a las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS, que no tengan objeción de conciencia, en aras de garantizar la rápida asignación de un profesional de la medicina que realice el procedimiento solicitado por la persona.</p>	
<p>ARTÍCULO 8. CRITERIOS. Serán criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad bajo la modalidad de eutanasia, los siguientes:</p>	<p>ARTÍCULO 8. CRITERIOS. Serán criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad bajo la modalidad de eutanasia, los siguientes:</p>	<p>Se modifica la definición de “prevalencia de la autonomía”.</p>

<p>i) Prevalencia de la autonomía de la persona: los profesionales de la medicina deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad de la persona. Solo bajo condiciones objetivas e imparciales, se podrá controvertir esta manifestación de voluntad.</p> <p>ii) Celeridad y oportunidad: el acceso al derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho e implica que su decisión sea atendida y cumplida a tiempo.</p> <p>iii) Imparcialidad: los profesionales de la medicina deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.</p> <p>iv) Gratuidad: el acceso y garantía de este derecho tendrá carácter gratuito.</p>	<p>i) Prevalencia de la autonomía de la persona: los profesionales de la medicina deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad de la persona. Solo bajo condiciones objetivas e imparciales, se podrá controvertir esta manifestación <u>del consentimiento.</u></p> <p>ii) Celeridad y oportunidad: el acceso al derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho e implica que su decisión sea atendida y cumplida a tiempo.</p> <p>iii) Imparcialidad: los profesionales de la medicina deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.</p> <p>iv) Gratuidad: el acceso y garantía de este derecho tendrá carácter gratuito.</p>	
<p>ARTÍCULO 9. DE LA CLAUSULA DE EXCLUSIÓN PENAL. El médico tratante que hubiese realizado el procedimiento de eutanasia de un paciente que así lo haya solicitado, quedará excluido de las sanciones penales contempladas en el artículo 106</p>	<p>ARTÍCULO 10. DE LA CLAUSULA DE EXCLUSIÓN PENAL. El <u>equipo médico</u> o <u>el</u> médico tratante <u>que, como resultado de la solicitud, autorización y programación del procedimiento,</u> hubiese realizado el procedimiento <u>de eutanasia para inducir la</u></p>	<p>Se modificó numeración y redacción conforme a lo aprobado en primer debate.</p>

<p>del Código Penal, siempre que este cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la presente ley.</p> <p>Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán a los médicos tratantes que, de acuerdo a la normatividad vigente en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, realicen el procedimiento de eutanasia.</p>	<p><u>muerte de manera anticipada a la persona solicitante con el fin de aliviar su sufrimiento</u> quedará excluido de las sanciones penales <u>previstas</u> en el artículo 106 del Código Penal <u>y de las demás sanciones penales o disciplinarias que se le pudieran adecuar por esta conducta</u>, siempre que <u>se</u> cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la presente ley.</p>	
<p>Artículo nuevo</p>	<p>ARTÍCULO 9. DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA- DVA. Toda persona mayor de edad, capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales podrá, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia, suscribir un Documento de Voluntad Anticipada y solicitar a su Entidad Promotora de Salud-EPS o ante el médico tratante la consignación de este documento en su historia clínica.</p> <p>Serán admisibles las declaraciones de voluntad anticipada expresadas a través de lenguajes aumentativos y alternativos de comunicación, por audios, videos y otros medios tecnológicos que</p>	

	<p>permitan esclarecer con claridad la manifestación del consentimiento de la persona.</p>	
<p>Artículo nuevo</p>	<p>ARTÍCULO 11. Adiciónese un inciso al artículo 106 de la Ley 599 del 2000, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 106. HOMICIDIO POR PIEDAD. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.</p> <p>Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán a los médicos tratantes que, de acuerdo a la normatividad vigente en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, realicen el procedimiento de eutanasia.</p>	<p>Se añadió un artículo nuevo para modificar el código penal, con el fin de implementar en su totalidad la proposición presentada por el H.R. Juan Carlos Lozada en primer debate.</p>

9. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las razones aquí expuestas, propongo de manera respetuosa a los Honorables Representantes dar segundo debate y aprobar el Proyecto de Ley No. 204 de 2019 Cámara, *“Por medio del cual se establecen disposiciones para reglamentar el derecho fundamental a morir dignamente, bajo la modalidad de eutanasia”*.

De los honorables congresistas,

JUAN FERNANDO REYES KURI
Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Liberal

10. TEXTO PROPUESTO

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL
PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA N° 204 DE 2019**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN DISPOSICIONES PARA
REGLAMENTAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR DIGNAMENTE,
BAJO LA MODALIDAD DE EUTANASIA”.**

“EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA”

**CAPÍTULO I
OBJETO Y DEFINICIONES.**

ARTÍCULO 1. OBJETO. Esta ley tiene como fin establecer disposiciones generales para el acceso al derecho fundamental a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia.

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- i) **Consentimiento indirecto:** Es el consentimiento expresado por quien esté legitimado para ello en lugar del consentimiento de la persona, cuando esta se encuentre bajo circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, siempre que la decisión haya sido expresada en tal sentido, mediante documento de voluntad anticipada o de manera persistente a través de cualquier otro medio de efectiva comprobación.
- ii) **Cuidados paliativos:** Son los cuidados apropiados para una persona con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.
- iii) **Derecho a la Muerte digna:** Es un derecho fundamental, íntimamente relacionado con la dignidad humana y con la autonomía individual, consistente en el conjunto de facultades que le permiten a una persona tomar decisiones libres e informadas y tener control sobre el proceso de su muerte, ante el sufrimiento causado por una enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada.

- iv) **Documento de Voluntad anticipada-DVA:** Aquel en el que toda persona en pleno uso de sus facultades legales y mentales y, como previsión de no poder tomar tal decisión en el futuro, declara de forma libre, informada e inequívoca, su decisión de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan alargar su vida.
- v) **Enfermedad incurable avanzada:** Enfermedad grave, condición patológica grave o lesión grave de curso progresivo y gradual, que afecta la autonomía y la calidad de vida, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento terapéutico, por la generación de sufrimiento físico y porque evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.
- vi) **Enfermedad terminal:** Enfermedad, condición patológica grave o lesión grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento terapéutico y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.
- vii) **Eutanasia:** Procedimiento médico con el cual se induce la muerte de manera anticipada a una persona que así lo ha solicitado de manera libre, informada, inequívoca y reiterada por el sufrimiento causado por una enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada y ante la imposibilidad de que un tratamiento terapéutico mejore su condición médica.
- viii) **Limitación o readecuación del esfuerzo terapéutico:** Acto médico consistente en no iniciar, adaptar o retirar el plan de tratamiento terapéutico por considerarlo inútil, innecesario o desproporcionado conforme a la condición médica de la persona, con el fin de no prologar innecesariamente la vida o atrasar la muerte cuando no existe posibilidades razonables de recuperación o alivio, dando paso a que el proceso de la enfermedad hacia la muerte siga su curso natural.

CAPITULO II DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

ARTÍCULO 3. DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. Toda persona mayor de edad que sufra una enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada, sin restricción alguna por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual o de cualquier índole, tendrá derecho al control sobre el proceso de su muerte, a elegir dentro de las opciones que incluye el derecho a morir dignamente y a ser respetado en su decisión.

Entre las opciones que las referidas personas podrán solicitar ante el médico tratante, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, además de las señaladas en el artículo 5 de la Ley 1733 de 2014 o el que lo modifique o derogue, se encuentran la posibilidad de solicitar la limitación o readecuación del esfuerzo terapéutico o la solicitud de realización del procedimiento de eutanasia.

CAPITULO III REQUISITOS

ARTÍCULO 4. REQUISITOS. Para la autorización de la realización del procedimiento de eutanasia en los términos de la presente ley, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- i) La persona solicitante deberá ser mayor de 18 años de edad.
- ii) La persona solicitante deberá presentar un sufrimiento intolerable causado por una enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada.
- iii) El consentimiento expresado por la persona solicitante deberá ser libre, inequívoco, informado y reiterado.
- iv) Únicamente un profesional de la medicina podrá realizar el procedimiento de eutanasia.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las personas con discapacidad como sujetos de derechos y en ejercicio de su capacidad en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su consentimiento y la comprensión de la información del procedimiento de eutanasia, conforme a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.

PARÁGRAFO SEGUNDO. La solicitud o el consentimiento podrá ser previo a la ocurrencia de la enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada. En ese

sentido, los documentos de voluntades anticipadas se considerarán manifestaciones válidas de consentimiento.

Si la persona se encuentra bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, la solicitud podrá ser presentada mediante consentimiento indirecto, siempre y cuando la persona legitimada para ello se encuentre dentro del primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o primero civil, según el caso.

CÁPITULO IV TRÁMITE DE LA SOLICITUD

ARTÍCULO 5. TRÁMITE DE LA SOLICITUD. La persona que se encuentre dentro de las condiciones previstas en el artículo 4 de la presente ley, podrá solicitar ante su médico tratante la realización del procedimiento de eutanasia para morir dignamente.

i) Trámite ante el médico tratante.

El médico tratante, una vez reciba la solicitud deberá informar a la persona o a su representante legal acerca del diagnóstico de la enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada que padece, las diferentes opciones terapéuticas y de cuidados paliativos existentes en el marco del derecho a morir dignamente para su tratamiento o alivio sintomático, así como los beneficios y riesgos de su implementación.

Acto seguido, en caso de que la persona decida continuar con el proceso, establecerá en un término no mayor a cinco (5) días calendario siguientes a la presentación de la solicitud el cumplimiento de los requisitos contenidos en el artículo 4 de la presente ley y hará una valoración de la eficacia de los cuidados paliativos para atender la condición médica del solicitante.

Para el cumplimiento de lo anterior podrá apoyarse en otros profesionales de la medicina que sean especialistas en psiquiatría, cuidados paliativos o en la enfermedad terminal o enfermedad incurable avanzada que sufre la persona, según el caso.

Establecidos los requisitos del artículo 4 de la presente ley, la capacidad y la eficacia del cuidado paliativo o el rechazo de esta opción terapéutica por parte de la persona solicitante, el médico tratante deberá convocar al Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente de manera inmediata, para

que el Comité verifique el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la realización del procedimiento de eutanasia.

ii) Trámite ante el Comité.

El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente en un plazo máximo de diez (10) días calendario siguientes a su convocatoria verificará el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la realización del procedimiento de eutanasia. Si estos se cumplen, el Comité preguntará a la persona solicitante si reitera su decisión. En caso que así sea, deberá autorizar al médico tratante la realización del procedimiento de eutanasia y programar la realización del mismo en un término que no podrá ser superior a quince (15) días calendario después de haberse realizado la reiteración.

Sí el Comité considera que existen inconsistencias en las valoraciones realizadas por el médico tratante, este podrá consultar a otro profesional de la medicina y reevaluará el caso.

PARÁGRAFO PRIMERO. En cualquier momento del trámite de autorización del procedimiento de eutanasia la persona solicitante podrá desistir de su solicitud y optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente.

Sí la persona decide no continuar con el trámite de autorización y programación del procedimiento de eutanasia y opta por la atención de cuidados paliativos, se le garantizará dicha atención.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En el caso en el que se hubiese presentado la solicitud de manera persistente por parte de la persona y posteriormente esta se encuentre ante la imposibilidad de reiterar su decisión, podrán sus familiares en primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o primero civil, reiterarlo de manera sustituta.

PARÁGRAFO TERCERO. Sí existen por parte de la persona solicitante distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá aquella en la que se hubiese expresado la revocatoria del consentimiento.

PARÁGRAFO CUARTO. El médico tratante deberá registrar en la historia clínica del paciente todas las actuaciones relacionadas con la realización del procedimiento de eutanasia, incluidas las solicitudes, los documentos de voluntades anticipadas y las valoraciones médicas realizadas a la persona solicitante bajo las cuales se aprobó o rechazó la realización del procedimiento.

CÁPITULO V EL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO PARA MORIR DIGNAMENTE

ARTÍCULO 6. DEL COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS- deberán contar dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS con un Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente.

Este Comité estará conformado por:

- i) Tres médicos con la especialidad en la patología que padece el paciente, diferentes al médico tratante.
- ii) Un abogado.
- iii) Un médico psiquiatra o psicólogo clínico.

El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, será quien desde una perspectiva médica verifique el cumplimiento de los requisitos fijados en la presente ley para la autorización y programación del procedimiento de eutanasia. En ningún caso, el Comité podrá evaluar la pertinencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el funcionamiento de este Comité.

PARÁGRAFO. El Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá enviar un reporte al Ministerio de Salud y Protección Social indicando todos los hechos y condiciones que rodearon la solicitud, autorización, programación y realización del procedimiento de eutanasia.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, determinará si los procedimientos realizados para garantizar el acceso al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia fueron idóneos y se cumplieron los requisitos determinados en la presente ley.

CÁPITULO VI OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

ARTÍCULO 7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL MÉDICO TRATANTE. El médico tratante en todo del trámite de la solicitud de la persona, podrá ejercer su derecho a la objeción de conciencia para realizar el procedimiento de eutanasia solicitado en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente. Esta deberá hacerse luego de conocer la decisión del Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente mediante escrito y debidamente motivada.

Una vez presentada la objeción de conciencia, la Entidad Promotora de Salud-EPS a la que se encuentre afiliado el paciente en coordinación con la Institución Prestadora de Salud –IPS que se esté atendiendo a la persona solicitante, ordenará a quien corresponda dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, la reasignación de otro médico que ya estuviese registrado en la base de profesionales de la medicina que no tengan objeciones de conciencia.

En ningún caso opera la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud-EPS o las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud-EPS- deberán crear e implementar una base de datos, en la que se llevará registro de los profesionales de la medicina vinculados a las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS, que no tengan objeción de conciencia, en aras de garantizar la rápida asignación de un profesional de la medicina que realice el procedimiento solicitado por la persona.

CÁPITULO VII DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 8. CRITERIOS. Serán criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad bajo la modalidad de eutanasia, los siguientes:

- i) **Prevalencia de la autonomía de la persona:** los profesionales de la medicina deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad de la persona. Solo bajo condiciones objetivas e imparciales, se podrá controvertir esta manifestación del consentimiento.
- ii) **Celeridad y oportunidad:** el acceso al derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, debe ser ágil, rápido y sin ritualismos

excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho e implica que su decisión sea atendida y cumplida a tiempo.

- iii) **Imparcialidad:** los profesionales de la medicina deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
- iv) **Gratuidad:** el acceso y garantía de este derecho tendrá carácter gratuito.

ARTÍCULO 9. DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA- DVA. Toda persona mayor de edad, capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales podrá, en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia, suscribir un Documento de Voluntad Anticipada y solicitar a su Entidad Promotora de Salud-EPS o ante el médico tratante la consignación de este documento en su historia clínica.

Serán admisibles las declaraciones de voluntad anticipada expresadas a través de lenguajes aumentativos y alternativos de comunicación, por audios, videos y otros medios tecnológicos que permitan esclarecer con claridad la manifestación del consentimiento de la persona.

ARTÍCULO 10. DE LA CLAUSULA DE EXCLUSIÓN PENAL. El equipo médico o el médico tratante que, como resultado de la solicitud, autorización y programación del procedimiento, hubiese realizado el procedimiento de eutanasia para inducir la muerte de manera anticipada a la persona solicitante con el fin de aliviar su sufrimiento quedará excluido de las sanciones penales previstas en el artículo 106 del Código Penal y de las demás sanciones penales o disciplinarias que se le pudieran adecuar por esta conducta, siempre que se cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la presente ley.

ARTÍCULO 11. *Adiciónese un inciso al artículo 106 de la Ley 599 del 2000, el cual quedará así:*

ARTÍCULO 106. HOMICIDIO POR PIEDAD. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.

Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán a los médicos tratantes que, de acuerdo a la normatividad vigente en el marco del

ejercicio del derecho a morir dignamente, realicen el procedimiento de eutanasia.

ARTÍCULO 12. VIGENCIA. La presente ley rige desde su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

JUAN FERNANDO REYES KURI

Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
Partido Liberal

11. REFERENCIAS

- Sentencia C-239, M:P. Carlos Gaviria Díaz (Corte Constitucional 1997).
- Sentencia T-493, Antonio Barrera Carbonell (Corte Constitucional 1993).
- Sentencia T-970, M:P. Luis Ernesto Vargas Silva (Corte Constitucional 2014).
- Resolución 1216. (2015). *Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 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 (...)*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 0825. (2018). *Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Reis de Castro, Cafure, Pacelli, Silva, Rückl & Ângelo. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev. bioét*, 355-367.
- Sentencia C-221, MP.: Carlos Gaviria Díaz (Corte Constitucional 1994).
- Carlos Bernal Pulido. (2008). El Derecho de los Derechos. En *El libre desarrollo de la personalidad*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Sentencia T-516 , M.P.: Antonio Barrera (Corte Constitucional 1998).
- Gempeler, F. E. (2015). Derecho a morir dignamente. *Universitas Médica. Universidad Javeriana*, 178-185.
- Sentencia T-544, MP.: Gloria Stella Ortiz (Corte Constitucional 2017).
- Francisco Farfán Molina. (2008). Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal. En *Las teorías en torno a la eutanasia desde una perspectiva general* (pág. 34 y ss.). Bogotá: Nueva Juridica.
- Sentencia T-721., M.P.: Antonio José Lizarazo (Corte Constitucional 2017).
- Bluradio. (mayo de 08 de 2019). *Mañanas BLU 10:30*. Obtenido de 'Dr. Muerte' confiesa que paga coimas por medicamentos para practicar eutanasias: <https://www.bluradio.com/salud/dr-muerte-confiesa-que-paga-coimas-por-medicamentos-para-practicar-eutanasias-213781-ie412>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019) Respuesta a derecho de petición. UTL Juan Fernando Reyes Kuri.