UTL-001-2022-PN

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL**

**PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2022 CÁMARA**

*“Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones” (EUTANASIA)*

Bogotá D.C., 18 de agosto de 2022

Honorable Representante

**JUAN CARLOS WILLS OSPINA**

Presidente

**Comisión Primera Constitucional**

Cámara de Representantes

Ciudad.

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

Honorable Representante:

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

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

1. **TRÁMITE DE LA INICIATIVA**

El proyecto de ley Estatutaria 006 de 2022 Cámara fue radicado el 21 de julio del 2022, por los Honorables Representantes Juan Carlos Lozada Vargas, Andrés David Calle Aguas, Julián Peinado Ramírez, María del Mar Pizarro García, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, David Ricardo Racero Mayorca, Diógenes Quintero Amaya, Gabriel Becerra Yánez, Luis Alberto Albán Urbano, Leyla Marleny Rincón Trujillo, Alfredo Mondragón Garzón, Jorge Andrés

Cancimance López, Carlos Alberto Carreño Marín, Catherine Juvinao Clavijo, Santiago Osorio Marín, María Fernanda Carrascal Rojas, Luvi Katherine Miranda Peña, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Dolcey Oscar Torres Romero, Daniel Carvalho Mejía, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Germán Rogelio Rozo Anís y por los Honorables Senadores Alejandro Vega Pérez, Humberto de la Calle Lombana, María José Pizarro Rodríguez, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Inti Raúl Asprilla Reyes, Omar de Jesús Restrepo Correa, Wilson Arias Castillo, Yuly Esmeralda Hernández Silva, Iván Cepeda Castro y Griselda Lobo Silva.

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

1. **OBJETO DE LA LEY**

El objeto del presente proyecto de ley estatutaria es regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida y garantizar la seguridad jurídica de las personas involucradas en el procedimiento por medio del cual se aplica la muerte médicamente asistida.

1. **ANTECEDENTES**

Desde 1998 ante el Congreso de la República se han radicado y tramitado más de 11 iniciativas legislativas similares, encaminadas a reglamentar el derecho de acceso a la muerte digna- “EUTANASIA”.

Durante el anterior periodo constitucional del Congreso de la República (2018-2022) se radicaron cinco de esas once iniciativas:

**(i). Proyecto de Ley No. 204 de 2019 – Cámara**, presentado por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Elizabeth Jay-Pang Díaz, Álvaro Henry Monedero Rivera y Hernán Gustavo Estupiñán Calvache y se materializó en el Proyecto de Ley No. 204 de 2019 Cámara. Si bien la iniciativa fue aprobada por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, fue archivada en sesión plenaria de la

cámara de representantes de conformidad con lo previsto por el Artículo 119 de la Ley 5 de 1992.

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

**(iii). Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021 Cámara,** presentada la iniciativa por los autores los Honorables Senadores Guillermo García Realpe, Victoria Sandino Simanca Herrera, Antonio Sanguino Páez, Iván Cepeda Castro, Temístocles Ortega Narváez, Jorge Eduardo Londoño Ulloa, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Andrés Cristo Bustos, Juan Luis Castro Córdoba, Luis Fernando Velasco Chaves, Horacio José Serpa, Angélica Lisbeth Lozano Correa, y por los Honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, José Daniel López Jiménez, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Elizabeth Jay-Pang Díaz, John Arley Murillo Benítez, John Jairo Roldan Avendaño, Jezmi Lizeth Barraza Arraut, Jorge Enrique Benedetti Martelo, Carlos Germán Navas Talero, José Luis Correa López, Jaime Rodríguez Contreras, Rodrigo Arturo Rojas Lara, Juanita María Goebertus Estrada, Alejandro Alberto Vega Pérez, León Fredy Muñoz Lopera, Ángel María Gaitán Pulido, Hernán Gustavo Estupiñan Calvache, Norma Hurtado Sánchez, Faber Alberto Muñoz Cerón, Jorge Méndez Hernández, Katherine Miranda Peña, María José Pizarro Rodríguez, Catalina Ortiz Lalinde, Andrés David Calle Aguas, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Jairo Reinaldo Cala Suárez, Mauricio Parodi Diaz, David Ricardo Racero Mayorca, Álvaro Henry Monedero Rivera, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Luciano Grisales Londoño, Luis Alberto Albán Urbano, César Augusto Lorduy Maldonado y Juan Carlos Losada Vargas.

Proyecto aprobado por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma Corporación.

**(iv). En el Senado de la República se presentó la cuarta iniciativa legislativa,** a través del Proyecto de Ley No. 70 de 2020 Senado cuyo autor fue el Honorable Senado Armando Benedetti. Tampoco prosperó y fue archivado de conformidad con lo señalado en el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992.

**(v). Por iniciativa gubernamental del Ministerio de Salud y Protección Social,** se presentó ante Senado **el Proyecto de Ley Estatutaria No. 355 de 2020 Senado.** Archivada de conformidad con lo previsto por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992.

El Proyecto de Ley Estatutaria No. 006 de 2021, adopta como base el articulado y la exposición de motivos plasmada en el Proyecto de Ley Estatutaria No. 007 de 2021 Cámara; proyecto que reitero fue aprobado por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma Corporación.

1. **ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LEY**

El Proyecto de Ley Estatutaria No. 006 de 2021 Cámara, contiene cinco (v) títulos y cincuenta y cuatro (54) artículos incluyendo la vigencia:

Título I: Disposiciones Generales

Título II: Proceso para acceder al derecho a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida tratándose de personas mayores de edad.

Título III: Proceso para acceder al Derecho a muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida tratándose de niños, niñas y adolescentes.

Título IV: Sin Título.

Título V: Disposiciones Finales.

1. **CONSIDERACIONES**
2. **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS DE LOS AUTORES**

Los principales argumentos esbozados en la exposición de motivos de la iniciativa se pueden resumir en las premisas de un recuento de los

desarrollos constitucionales, jurisprudenciales, legales y reglamentarios que han configurado el estado actual de casos desde una perspectiva jurídica del derecho a la muerte digna.

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

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

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

Las referidas normas han sido producto de ordenes de la Corte Constitucional en virtud de desarrollos casuísticos y desagregados. Por ende, las Resoluciones y las materias que abarcan responden a la conciencia paulatina del Estado sobre barreras que afectan a la población en su esfuerzo por acceder y gozar plenamente del derecho a la muerte digna. Así las

cosas, pese a constituir desarrollos relevantes en los esfuerzos estatales por solucionar la problemática resultan insuficientes.

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

Con respecto, al derecho a morir dignamente y la muerte médicamente asistida, precisan los siguientes aspectos:

**El derecho a la muerte digna:**

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

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

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

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

voluntad la persona opta por acudir a las diferentes modalidades de manera concomitante puede hacerlo.

**La muerte médicamente asistida:**

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

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

* **FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO**

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

**CONSTITUCIONALES**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**LEGALES**

**Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra**: “m*ediante 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,”*

La Ley 1722 de 2014, dicha regulación hace referencia a los cuidados paliativos, por lo que define los criterios para identificar a los sujetos que pueden ser tenidos como enfermos terminales o con enfermedades degenerativas, irreversibles. Estas pueden ser tanto físicas como mentales. La Ley reconoce que esas afectaciones comportan un significativo impacto en la calidad de vida de la persona y en consecuencia reconoce para esas personas y sus familias las siguientes prerrogativas:

*“1. Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por enfermedad terminal, crónica, degenerativa, irreversible de alto impacto en la calidad de vida tiene derecho a solicitar libre y espontáneamente la atención integral del cuidado médico paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, Intervenciones y*

*Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.*

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

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

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

*5. Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo:*

*Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos del cuidado paliativo.*

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

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

Normas que han sido desarrollados por vía reglamentaria, eminentemente a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

**REGLAMENTARIOS**

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

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

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

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

Se establecieron los parámetros generales para acceder al derecho a morir dignamente en niños, niñas y adolescentes.

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

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

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

**Resolución 229** **de 2020** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*

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

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

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

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

**JURISPRUDENCIALES**

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

Es importante notar que en aquel entonces la eutanasia estaba tipificada en el código penal como homicidio por piedad con fines altruistas. Si bien

el caso que llevó a la decisión de la Corte no versaba sobre la aplicación de la eutanasia, ni con un caso de homicidio con piedad o con fines altruistas, esta decisión la decisión fue relevante toda vez que vinculó por vez primera el reconocimiento y ejercicio de ciertos derechos fundamentales a través del respeto de las decisiones personales relativas al uso o continuidad de tratamientos médicos.

Sentencia **C-239 de 1997**, con ponencia del Magistrado Carlos Gaviria Díaz, el Alto Tribunal reconoció que la vida digna guarda estrecha relación y se materializa con el acceso al derecho de una muerte digna. Ello, al considerar que una enfermedad puede hacer que la vida sea incompatible con el concepto de dignidad y calidad de vida que detente cada individuo.

Sentencia **T-970 de 2014** el Alto Tribunal volvió a exhortar al Legislativo y al Ministerio de Salud a regular el acceso a la muerte digna y en particular a la eutanasia, notando que el vacío normativo existente en la materia ponía en riesgo el acceso al derecho a la muerte digna y la efectividad de las órdenes impartidas por el alto tribunal en la referida providencia de 1997.

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

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

Sentencia **T-132 de 2016**. En aquella providencia reiteró como una condición entonces necesaria para acceder a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida que la persona sufriera una enfermedad terminal.

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

Sentencia **T-423 de 2017.** En esa decisión ordenó a entidades públicas y privadas adoptar medidas para evitar que las barreras de acceso propias del

sistema de salud y de los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud impidieran el goce efectivo del derecho a la muerte digna.

Sentencia **T-721 de 2017** con ocasión de la cual expresó que:

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

Sentencia **T-544 de 2017.** En dicha providencia reconoció que la eutanasia no debía estar proscrita para niños, niñas y adolescentes pues al ser un derecho fundamental no puede estar restringido por un criterio de edad. Además, reconoció que tal prerrogativa desarrolla el principio del interés superior del menor.

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

Sentencia **C-233 de 2021.** El Alto Tribunal amplió las causales para acceder a la muerte médicamente asistida como medio para ejercer el derecho a la muerte digna.

Así, dispuso que en adelante no sería constitucionalmente admisible exigir que el paciente tenga una enfermedad terminal como condición para concederle la muerte

médicamente asistida. En cambio, regló que la condición que debe acreditarse es el padecimiento de un intenso sufrimiento físico o psíquico resultante de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

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

1. La muerte médicamente asistida es una de las múltiples dimensiones del derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente a la muerte digna.
2. El acceso a la muerte médicamente asistida y el goce del derecho a la muerte digna permite a la persona ejercer su autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y vivir con dignidad. Toda restricción arbitraria a ese derecho fundamental repercute negativamente en el goce de otros derechos como la salud, la intimidad personal y familiar e impone tratos crueles, inhumanos y degradantes.
3. El derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte médicamente asistida o eutanásica. No existe incompatibilidad entre las tres facetas, pueden ser concomitantes y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte. No puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.
4. El Estado está en la obligación de garantizar y desarrollar los mecanismos normativos para regular la muerte médicamente asistida y para garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. El vacío normativo existente en materia de muerte médicamente asistida supone una amenaza para el goce efectivo del referido derecho fundamental.
5. El acceso a la muerte médicamente asistida está orientado por los principios de prevalencia de la autonomía, celeridad, oportunidad e imparcialidad. El eje central, tanto para acceder como para desistir a los tratamientos es la voluntad del paciente.
6. El acceso a la muerte médicamente asistida está condicionado por tres requisitos: i) acreditar el consentimiento informado del paciente, ii) el procedimiento sea practicado por un médico, iii) la persona debe padecer de una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario acreditar la existencia de una enfermedad terminal ni el pronóstico médico de muerte próxima.
7. Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico hay dos concepciones. Una que considera que este es identificable a partir de criterios objetivos y otra que lo reconoce como una experiencia esencialmente subjetiva. Debe prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo del paciente para determinar la presencia de un intenso sufrimiento físico o psíquico.
8. El Estado no puede castigar, mucho menos por vías penales, a quien garantice o participe en el acceso a la muerte médicamente asistida cuando esta ocurra con el lleno de los requisitos exigidos.
9. El profesional de la salud podrá objetar conciencia por escrito para negarse a practicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida por considerarlo incompatible con sus convicciones personales. En esos casos la EPS debe, en menos de 24 horas, reasignar a otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.
10. El consentimiento del paciente debe ser previo, libre, informado, inequívoco, reiterado y podrá ser expresado tanto de forma verbal como escrita. Que sea previo implica que el consentimiento podría ser previo a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Que sea libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros. Que sea informado implica que los especialistas deben brindar al paciente y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida de un ser humano; y por inequívoco se tiene que debe tratarse de una decisión consistente y sostenida. Así el consentimiento debe partir de la información adecuada y pertinente brindada por el médico tratante.
11. La confirmación del consentimiento deberá darse dentro de un término razonable para no hacer nugatorio el acceso al derecho fundamental. El término de la confirmación del consentimiento en ningún caso deberá ser superior a diez días calendario, para dar paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible y, en cualquier caso, en un máximo de quince días contados desde la reiteración de la decisión.
12. El paciente puede desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida.
13. Cuando el paciente se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad podrá hacerse valer un documento de voluntad anticipada o el consentimiento sustituto

por parte de un familiar o representante legal del paciente para que este último acceda a la muerte médicamente asistida. En el proceso de consecución del consentimiento sustituto se debe inferir que persigue la mejor condición para el paciente e indagar por la posición que expresaría la persona en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo. No se podrá exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada) pues con uno de los dos basta.

1. En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida, se deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de las otras dos condiciones para acceder a esta modalidad de muerte digna.
2. Los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a las entidades públicas con competencia en la materia, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impiden el goce efectivo de la muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida. Deberán ajustar sus protocolos para facilitar en cumplimiento de la normativa que regule el acceso a la muerte médicamente asistida y a la muerte digna.
3. Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a la muerte digna y por ende también pueden acceder a la muerte médicamente asistida.
4. Prohibir la aplicación de la muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y llevaría a admitir tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad.
5. Las condiciones de acceso a la muerte digna y a la modalidad de muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes deben ser diferenciales respecto del resto de la población. Se deben adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad.
6. Aunque por regla general los niños, niñas y adolescentes expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del niños, niñas y adolescentes lo permitan. De forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente. En estos eventos, los padres, personas o

entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación.

1. La regulación de la muerte médicamente asistida y del derecho fundamental a morir dignamente debe darse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.
2. Se deben garantizar ciertos derechos a los familiares del paciente como apoyo médico, social, espiritual y psicológico.

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

1. Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad o lesión que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir;
2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso. Esto incluye:

Al médico y comités científicos interdisciplinarios en las EPS, con las funciones de (i) acompañar al paciente y su familia durante el proceso; (ii) garantizar asesoría a la familia en los momentos posteriores a lo muerte, a nivel psicológico, médico y social, para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de la decisión de solicitar el procedimiento de acceso a la muerte digna, como del propio deceso del paciente. Este servicio de atención y ayuda debería darse durante las fases de decisión y durante el procedimiento, y garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Los comités deberían también (iii) poner en conocimiento de las autoridades cualquier posible irregularidad, falta o delito.

1. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc. Esto incluye la modalidad de documento de voluntad anticipada y de consentimiento sustituto.
2. Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico.
3. Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones. Esto incluye capacitaciones a los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido e importancia del derecho fundamental a la muerte digna.
4. Incorporación de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: i) la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; ii) la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; iii) la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y iv) la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.
5. En el caso del procedimiento para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida las etapas generales serán las siguientes:

(i) la manifestación libre del niño, niña o adolescente -NNA, de sus padres, o de sus representantes legales, de que padece una enfermedad terminal y sufre dolores

intensos que lo llevan a querer ejercer el derecho a la muerte digna; (ii) tal manifestación deberá hacerse ante el médico tratante; (iii) la convocatoria del comité científico interdisciplinario por parte del médico tratante; (iv) la reiteración de la intención inequívoca de morir. Establecido el cumplimiento de los requisitos, en un plazo no superior a diez días calendario se le preguntará al paciente si se mantiene en su decisión; (v) en caso de que la respuesta sea afirmativa, el comité determinará

el cumplimiento de los requisitos y programará el procedimiento para el momento que indique el paciente o máximo en el término de quince días después de reiterada su decisión. En cualquier momento los niños, niñas o adolescentes, o sus representantes podrán desistir de su decisión; (vi) el estudio de las solicitudes en cada etapa deberá considerar la madurez emocional de cada niño, niña o adolescente y, cuando sea aplicable, diseñar mecanismos para la manifestación del consentimiento sustituto por los dos padres del menor de edad o quienes tengan su representación legal.

1. **COMENTARIOS AL PROYECTO DE LEY**

**6.1. Concepto de Eutanasia.**

La “eutanasia” significa etimológicamente, eutanasia (del griego “eu”, bien “Thánatos”, muerte) lo cual significa buena muerte, bien morir.

A través de los tiempos, ha adquirido otro sentido, algo más específico: procurar la muerte sin dolor a quienes sufren. Este sentido resulta ambiguo, toda vez que la eutanasia, así entendida puede significar realidades no sólo distintas, sino opuestas profundamente entre sí, como el dar muerte al recién nacido deficiente que se presume que habrá de llevar una vida disminuida, la ayuda al suicida para que consume su propósito, la eliminación del anciano que se presupone que no vive ya una vida digna, la abstención de persistir en tratamientos dolorosos o inútiles para alargar una agonía sin esperanza humana de curación del moribundo entre otros[[1]](#footnote-1).

Es pertinente abordar la eutanasia sin ocultar los diferentes argumentos de sus partidarios y sin omitir aspectos de vista conflictivos y polémicos al respecto, respetando creencias religiosas y convicciones propias.

El significado de eutanasia, tiene un significado importante toda vez que el término para algunas personas es considerado como un crimen inhumano o como acto de solidaridad o misericordia; conceptos diferentes que se presentan al momento de interpretarse el mismo, y de acuerdo con la realidad que se quiera hacer ver.

Lo que no se puede ignorar sin lugar a duda, es que existe una cierta manipulación en la utilización del término, y se presenta a la opinión pública como algo inofensivo: “muerte dulce”, “muerte digna”, para lograr la aceptación de las personas. Desconociendo que en la eutanasia un ser humano da muerte a otro, consciente y deliberadamente, por muy generosa que sean las motivaciones que ameriten ejecutar la acción y cualquiera que sean los medios para realizarla.

El debate existe sobre la eutanasia, cuando no se tiene el mismo concepto ni significado de la palabra. También el debate se genera cuando por eutanasia se entiende una sola cosa: el causar la muerte de otro, con su consentimiento o no, para evitar dolores físicos o padecimientos que no lo soporta el hombre.

Cuando este significado se toma de esta manera, los partidarios quieren legalizarla y darle su respetabilidad social, adicional porque interpretan que la vida humana no merece ser vivida más que en determinadas condiciones de plenitud. Definición que va en contravía de la convicción que por el contrario, considera que la vida humana es un bien superior, un derecho inalienable e indispensable, que no puede estar en la eventualidad de la decisión de otros, ni de uno mismo.

El concepto de eutanasia que acojo y presento en la ponencia es la actuación cuyo objeto es causar muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de la persona o por considerar que su vida

carece de la calidad mínima y que carece de dignidad. De esta manera, la eutanasia, sería una forma de homicidio, lo cual implica que una persona da muerte a otro, ya sea por un acto positivo, o por omisión de la atención y cuidado.

**6.2. Elementos esenciales que justifican el fenómeno complejo de la eutanasia:**

* La muerte siempre es el objetivo buscado, está la intención de quien practica la eutanasia. No es eutanasia, cuando se aplica

un tratamiento necesario para aliviar el dolor, aunque acorte la expectativa de vida del paciente como un efecto secundario no querido. Tampoco puede llamarse eutanasia al resultado de muerte por imprudencia o accidente.

* Por acción de puede producir, al administrar y suministrar tóxicas mortales o por omisión cuando se niega una asistencia médica debida, buscando la muerte de otro, no la propia. El suicidio no se considera como una manera autónoma o propia de eutanasia.

**6.3. Elementos sustanciales de la eutanasia:**

* El que quiere morir la solicita, la ayuda al suicido se puede considerar una forma de eutanasia.
* Se realiza para evitar sufrimientos que son presentes o futuros, pero que son ante todo previsibles, ya sea porque la calidad de vida de la víctima no alcanzará o no mantendrá un mínimo aceptable, incluye deficiencias psíquicas o físicas graves, enfermedades degradantes del organismo, o en la tercera edad avanzada.
* Un elemento necesario de la eutanasia, es el sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas.

Lo anterior precisa las razones en orden estricto de la realidad de la eutanasia, el significado coincide con los patrocinadores de la legalización de la eutanasia que quieren que se legitime el que un hombre dé muerte a otro dadas algunas circunstancias.

Es importante no confundir el significado que se le pueda dar a la palabra eutanasia, toda vez que, si se renuncia a la obstinación terapéutica sin esperanza que suele designarse como encarnizamiento terapéutico, sin duda amerita una consideración aparte, y no se puede considerar como eutanasia, aunque desde el punto de vista etimológico se considere una forma de favorecer la “buena muerte”.

**6.4. Clases de eutanasia**

Es relevante también hacer claridad las clases de eutanasia que se presentan:

**(i).**  Desde el punto de vista de la víctima, la eutanasia puede ser voluntaria o involuntaria, porque puede ser solicitada por quien quiere que le den de muerte o no; también perinatal, agónica, psíquica o social, ya sea que se aplique a recién nacidos deformes o deficientes, a enfermos terminales, a afectados de lesiones cerebrales irreversibles o a ancianos u otras personas consideradas improductivas o gravosas.

**(ii)**. Desde el punto de vista de quien la práctica, se puede distinguir entre eutanasia activa y pasiva, según como se provoque la muerte a otro por acción o omisión, o entre una eutanasia directa, sería la que busque que sobrevenga la muerte, y la indirecta, la que busca mitigar el dolor físico, aún a sabiendas de que ese tratamiento puede acortar efectivamente la vida del paciente; pero la indirecta no se puede determinar propiamente como eutanasia.

**6.5. Argumentos para promover la legalización de la eutanasia**

**1.** Derecho a la muerte digna, expresamente requerida por quien padece sufrimientos atroces.

**2.** Derecho de cada persona de disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual.

**3.** Necesidad de regular una situación que existe de hecho, y que existen pronunciamientos jurisprudenciales.

**4.** El progreso que representa suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos o de los enfermos en fase terminal, toda vez que se trata de vidas que no pueden llamarse propiamente humanas.

**5.** Manifestación de solidaridad social que significa la eliminación de vidas sin sentido, que constituyen una dura carga para los familiares y para la propia sociedad.

**6.6. Otros aspectos**

El dolor y la muerte forman parte de la vida humana, desde que nacemos hasta que morimos, causando dolor a los que nos quieren y sufriendo por el propio proceso que lleva a la muerte. El dolor físico o moral en toda la existencia, está presente de forma habitual en todas las biografías de los seres humanos. Nadie es ajeno al dolor; tanto al que se produce por accidentes físicos ya sea pequeños o grandes, o el dolor moral producto de varios aspectos incomprensión ajena, frustraciones, sensación de impotencia, tratos injustos entre otros, nos acompaña desde la niñez hasta nuestra muerte.

El dolor, el sufrimiento, forma parte de toda la vida humana y de la historia de la humanidad, así lo acredita la experiencia personal de cada uno y la literatura universal.

La muerte sin lugar a duda es el destino inevitable que todos los seres humanos tenemos, una etapa en la vida de todos los seres vivos que quieran o no, les guste o no constituirse como el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida.

En consecuencia, el dolor y la muerte no son obstáculos para la vida, corresponden a dimensiones o fases de ella.

Comparto el concepto de la Universidad de Navarra (España), en precisar*:*

*“Es bueno aceptar el hecho cierto e inevitable del dolor, y también es bueno luchar por mitigarlo. Es bueno luchar por vencer a la enfermedad, y no es bueno eliminar seres humanos enfermos para que no sufran. Es bueno luchar en favor de la vida contra la muerte, y no es bueno, porque no es realista, rechazar la muerte como si se pudiera evitar. Pero no existe un catálogo de soluciones que pueda resolver todas las dudas y las perplejidades con que nos enfrentamos ante la realidad del dolor y de la muerte. Lo mismo ocurre con muchas otras situaciones de la vida, en las que no es posible establecer*

*normas rígidas, sino que hemos de actuar, basados en el conocimiento de los principios generales, con un criterio recto y prudente. “*

**6.7. DEBATE ALREDEDOR DE LA EUTANASIA**

Posterior a la Sentencia C-239 de 1997, existen controversias en Colombia por la despenalización del homicidio por piedad no ha dado muestras de moderar.

Hacer valer posturas de sectores con una determinada perspectiva religiosa, incluso en combinación con posturas de sectores políticos de tendencia conservadora es un factor que entra a debate[[2]](#footnote-2).

Considerar la eutanasia como inaceptable en virtud de su fe, es aceptable, toda vez que en Colombia existe una sociedad plural y multicultural; por eso el debate se da con argumentos sustentados racionalmente (filosófica y éticamente), buscando consensos y en un contexto de mutuo respeto[[3]](#footnote-3).

Entre los médicos las opiniones han estado divididas. Para algunos expertos en ética médica los pronunciamientos jurisprudenciales son innecesarios y el tema debió dejarse en el ámbito privado de la relación médico- paciente. Otros consideran que los médicos tienen el deber sagrado de preservar la vida, por lo que aceptar la eutanasia sería una falta grave a la ética profesional.

Sigue pendiente particularmente desde la bioética, emprender análisis de la relación entre las diversas posturas éticas sobre el morir y diversos fenómenos culturales y económicos propios de la actualidad, con las particularidades de un país como el nuestro, sin caer en descripciones de obviedades.

Si bien es cierto, la despenalización de la eutanasia en Colombia se dio vía jurisprudencial, inicialmente por Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional y puede verse como un resultado de la transformación socio-política, jurídica y cultural que se inició en la década de 1990 luego de la adopción de una nueva constitución política en 1991.

La Corte Constitucional, basó su decisión en los principios constitucionales de dignidad humana, respeto por la autonomía y solidaridad. Algunos magistrados y diversos sectores de la sociedad se opusieron a la sentencia argumentando, tanto desde posiciones religiosas como no religiosas, la inviolabilidad de la vida, la moral mayoritaria del país y la extralimitación de la Corte Constitucional en su sentencia.

De otro lado, para otra población ha sido un triunfo del respeto a los derechos civiles e individuales. Adicionalmente, la falta de un marco legal adecuado que persistió por años hizo que la práctica de la eutanasia quedara en una zona aparte, hasta que nuevamente la Corte Constitucional produjo un nuevo fallo en 2014, a través de la Sentencia T-970 en el que reafirmó el derecho de los ciudadanos a solicitar la eutanasia al sistema de salud, y llevó al Ministerio de Salud y Protección Social a elaborar guías para la provisión de este servicio gracias a lo cual hay hoy claridad sobre cómo deben proceder pacientes e instituciones de salud.

Pese a todos los pronunciamiento jurisprudenciales que detalladamente precisan los autores en su proyecto de Acto Legislativo: C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-132 de 2016, T-322 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T-544 de 2017, T-060 de 2020 y C-233 de 2021; esto no significa que el debate ha terminado o que no subsistan algunos problemas. La eutanasia en niños o en personas con discapacidad, así como el suicidio asistido son temas que algunos quieren discutir más abiertamente.

Ahora bien, si se enfatiza en la sacralidad de la vida y el deber de los médicos de protegerla y no terminarla, se considera pertinente seguir luchando para que la norma sea revertida.

La garantía real de acceso a cuidados paliativos y buena atención en salud deberá ser parte importante de discusiones en relación con la muerte digna y la eutanasia.

1. **Conflicto de Intereses**

De manera orientativa, se considera que, para la discusión y aprobación del Proyecto de Ley Estatutaria, no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de intereses por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto de Ley Estatutaria se enmarca en lo dispuesto por el literal “a” del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

1. **PROPOSICIÓN**

Por las consideraciones expuestas anteriormente, solicito respetuosamente a la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes **ARCHIVAR** el proyecto de Ley Estatutaria No. 006 de 2021 Cámara: *“Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”* (EUTANASIA).

Cordialmente,

**MARELEN CASTILLO TORRES**

**Representante a la Cámara**

*Proyecto: LLLA*

*Reviso: RAVS*

*Aprobó: RAVS*

**BIBLIOGRAFÍA DE LO AUTORES A RESALTAR EN LA PONENCIA**

**Jurisprudenciales:**

Corte Constitucional. (1993). Sentencia T-493 de 1993. M.P.: Antonio Barrera Carbonell

Corte Constitucional. (1994). Sentencia C-221 de 1994. MP.: Carlos Gaviria Díaz

Corte Constitucional. (1997). C-239 de 1997. M:P. Carlos Gaviria Díaz

Corte Constitucional. (1998) Sentencia T-516 de 1998. M.P.: Antonio Barrera

Corte Constitucional. (2014) Sentencia T-970 de 2014. M:P. Luis Ernesto Vargas Silva

Corte Constitucional. (2017) Sentencia T-544 de 2017. MP.: Gloria Stella Ortiz

Corte Constitucional. (2017) Sentencia T-721 de 2017. M.P.: Antonio José Lizarazo

Corte Constitucional. (2020) Sentencia T-060 de 2020. M.P.: Alberto Rojas

Corte Constitucional. (2021) Sentencia C-233 de 2021. M.P.: Diana Fajardo Rivera

Consejo de Estado (2019). Sentencia 02830, Sala Contenciosa Administrativa. M.P.: Carlos Enrique Moreno Rubio. Bogotá.

**Reglamentarios:**

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia.* Bogotá.

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.

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

**BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL DEL PONENTE**

Universidad de Navarra, Conferencia Episcopal Española, Comité para la defensa de la vida (Febrero de 1993, comprobado el 16 de mayo de 2002). La Eutanasia. 100 Cuestiones y respuestas, <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/la-eutanasia-100-cuestiones-y-respuestas>.

DÍAZ-AMADO E: "¿Tiene la bioética un lado rosa?". En ESPINOSA B (Ed.) Cuerpos y diversidad sexual. Aportes para la igualdad y el reconocimiento. Bogotá, Editorial Universidad Javeriana, 2008. Pp. 40-56.

DÍAZ-AMADO E: "Elementos para el debate del Proyecto de Ley sobre la Eutanasia en Colombia", Revista Espacio Educativo, No 2, 2007. Pp. 46-47.

1. Conferencia Episcopal Española, Comité para la defensa de la vida (Febrero de 1993, comprobado el 16 de mayo de 2002). La Eutanasia. 100 Cuestiones y respuestas, https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/la-eutanasia-100-cuestiones-y-respuestas [↑](#footnote-ref-1)
2. DÍAZ-AMADO E: "¿Tiene la bioética un lado rosa?". En ESPINOSA B (Ed.) Cuerpos y diversidad sexual. Aportes para la igualdad y el reconocimiento. Bogotá, Editorial Universidad Javeriana, 2008. Pp. 40-56.  [↑](#footnote-ref-2)
3. DÍAZ-AMADO E: "Elementos para el debate del Proyecto de Ley sobre la Eutanasia en Colombia", Revista Espacio Educativo, No 2, 2007. Pp. 46-47.  [↑](#footnote-ref-3)