

MUCHO MÁS QUE EUTANASIA:

Trayectoria y contenido del derecho emergente a la muerte digna en Colombia





Monitor es la serie de publicaciones del Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DescLAB) que busca ampliar y profundizar el conocimiento disponible sobre los Desc y apoyar estrategias de litigio, incidencia y movilización social.

DescLAB es una empresa de beneficio e interés colectivo (BIC) que presta servicios de alta calidad, trabaja por el interés público y pone los derechos en acción.

Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DescLAB)

Bogotá D.C. – Colombia
www.desclab.com

Autores:

Lucas Correa Montoya
Camila Jaramillo Salazar

Corrección de estilo:

Andrea Idárraga Arango - Pie de Página.
Correctoras de textos

ISBN (Online):

978-958-52945-6-1

Diseño de línea editorial y diagramación de la publicación:

David E. Cabrera Zapata

Julio 31 de 2024



Esta obra está licenciada bajo una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

El contenido y las posiciones expresadas en la presente publicación son responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente las posiciones oficiales que tuviera o llegare a tener DescLAB o las entidades a las que estuvieran o llegaren a estar vinculados.

Cítese como: Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2024). Mucho más que eutanasia. Trayectoria y contenido del derecho emergente a la muerte digna en Colombia. DescLAB: Bogotá. 90 p.



LUCAS CORREA MONTOYA

Abogado de la Universidad de Medellín, LL.M en Derecho Internacional y Derechos Humanos de American University Washington College of Law, magíster en Planeación Urbana y Regional de la Pontificia Universidad Javeriana. Ex-becario del Programa de Discapacidad y Derechos Humanos de Open Society Foundations. Actual Director de investigaciones del Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DescLAB).

Correo electrónico: lcorrea@desclab.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4155-9885>



CAMILA JARAMILLO SALAZAR

Abogada de la Universidad de Los Andes (Colombia). Se graduó con honores de la Maestría en Derecho (LL.M) de la Universidad de California, Berkeley y es magister de Periodismo de la Universidad de Los Andes. Actualmente es líder de movilización e incidencia del Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DescLAB).

Correo electrónico: cjaramillo@desclab.com

6	INTRODUCCIÓN	60	CAPÍTULO 2
10	¿Un derecho humano emergente sobre la muerte y la longevidad?		De qué hablamos cuando hablamos del derecho a morir dignamente. Reflexiones sobre el núcleo esencial de un derecho fundamental
15	Las cifras de la muerte digna	61	Un derecho fundamental de aplicación inmediata que puede ser protegido judicialmente
17	Objetivos y estructura del texto	63	Un solo derecho, cuatro mecanismos para materializar la muerte digna
18	CAPÍTULO 1	65	Los requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente
	De las élites judiciales al hospital.	77	CAPÍTULO 3
	La emergencia del derecho a morir dignamente en Colombia		Conclusiones. ¿Hacia dónde avanza el derecho a morir dignamente en Colombia?
19	Características del proceso de emergencia del derecho a morir dignamente	84	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
24	Primer momento: la emergencia no planificada del derecho a morir dignamente (1993-1997)		
27	Segundo momento: la latencia judicial y el bloqueo legislativo (1997-2014)		
33	Tercer momento: el vertiginoso desarrollo e implementación (2014-2020)		
46	Cuarto momento: el litigio estratégico para superar barreras y ampliar el derecho a morir dignamente (2020-presente)		

TABLA DE CONTENIDOS

Sigla	Significado
AET:	Adecuación del esfuerzo terapéutico
AMS:	Asistencia médica al suicidio
DVA:	Documento de voluntad anticipada
ELA:	Esclerosis lateral amiotrófica
EPS:	Empresas promotoras de salud
IPS:	Instituciones prestadoras de servicios de salud
MMA:	Muerte médicamente asistida
OMS:	Organización Mundial de Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PBS:	Plan de beneficios en salud
POS:	Plan obligatorio de salud

SIGLAS Y ABREVIATURAS

INTRO- DUC -CIÓN

Introducción

Introducción

La muerte es algo común e inseparable de la experiencia vital de todas las personas. En torno a ella se tejen creencias, miedos, dudas, zozobra, angustias, así como todo tipo de sentimientos positivos y negativos. Para algunas personas es mejor no pensar en ella y para otras es una idea cotidiana. Nuestra posición frente al fin de la vida y a la muerte varía en función de nuestras creencias, del momento de vida en el que nos encontramos, de nuestro estado de salud, entre muchos otros factores.

La muerte no es algo nuevo. La vida y su protección ha ocupado un lugar principal a lo largo de la historia, pero nos hemos ocupado menos sobre su fin y sobre la muerte misma. En **DescLAB** estamos convencidos de que lo que ocurre en el fin de la vida, incluido el momento específico de la muerte, es un asunto que debe ser abordado desde el lente de los derechos humanos. Creemos que en este momento vital se deben garantizar la dignidad, la autonomía y la libertad; que las personas deben ser protegidas del dolor y del sufrimiento que cada una considera incompatible con su idea de vida digna y con el tipo de existencia que desea para sí misma; y que la sociedad tiene el deber de actuar de forma solidaria cuando se trata del fin de la vida y de la muerte. Pero no solo lo creemos, actuamos para que sea una realidad.

El núcleo esencial del derecho a morir dignamente implica que el fin de la vida y la muerte correspondan con los deseos y con la idea de dignidad y autonomía de cada persona. Implica que nadie sea obligado a vivir y morir en condiciones contrarias a su voluntad y a su idea de vida digna. Este derecho incluye también la posibilidad de encontrar la asistencia médica para acceder a una **muerte segura, acompañada y protegida** en el momento preciso en que se desee.

El derecho a morir dignamente es un derecho multidimensional que incluye varios mecanismos para su materialización. Cada uno de estos brinda diferentes opciones entre las cuales las personas pueden elegir según sus deseos y posibilidades. En el caso colombiano, cuatro mecanismos están disponibles y son completamente legales. En primer lugar están los **cuidados paliativos**, los cuales integran un conjunto diverso de prestaciones médicas y asistenciales orientadas a mejorar la calidad de vida de la persona enferma y su familia, a través de un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales¹.

En segundo lugar, **la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)** que permite rechazar, interrumpir, desistir o limitar los procedimientos y tratamientos para que estos cumplan con la proporcionalidad terapéutica y con las decisiones autónomas de la persona, inclusive cuando de estas se derive indirectamente la muerte de la persona. En esta categoría se encuentran las decisiones referentes a las medidas de soporte vital como la ventilación mecánica, las decisiones de no reanimación, entre otras².

En tercer lugar, la **eutanasia** es el procedimiento mediante el cual un profesional de la medicina administra los medicamentos en dosis letales que causan la muerte de la persona que así lo ha solicitado.

En cuarto lugar, la **asistencia médica al suicidio (AMS)** es la ayuda que presta un profesional de la medicina al entregar los medicamentos en dosis letales para que sea la persona quien causa su propia muerte.

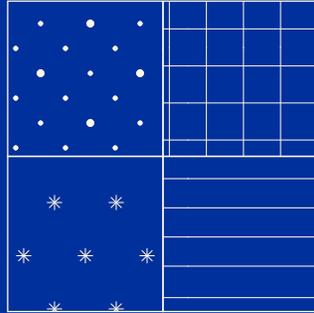
Los dos mecanismos finales se presentan bajo la sombra de la **muerte médicamente asistida (MMA)**, es

.....

¹ Cfr. (1) Ley 1733 de 2014, art. 4. (2) Sentencia C-233 de 2014 (MP: Alberto Rojas Ríos).

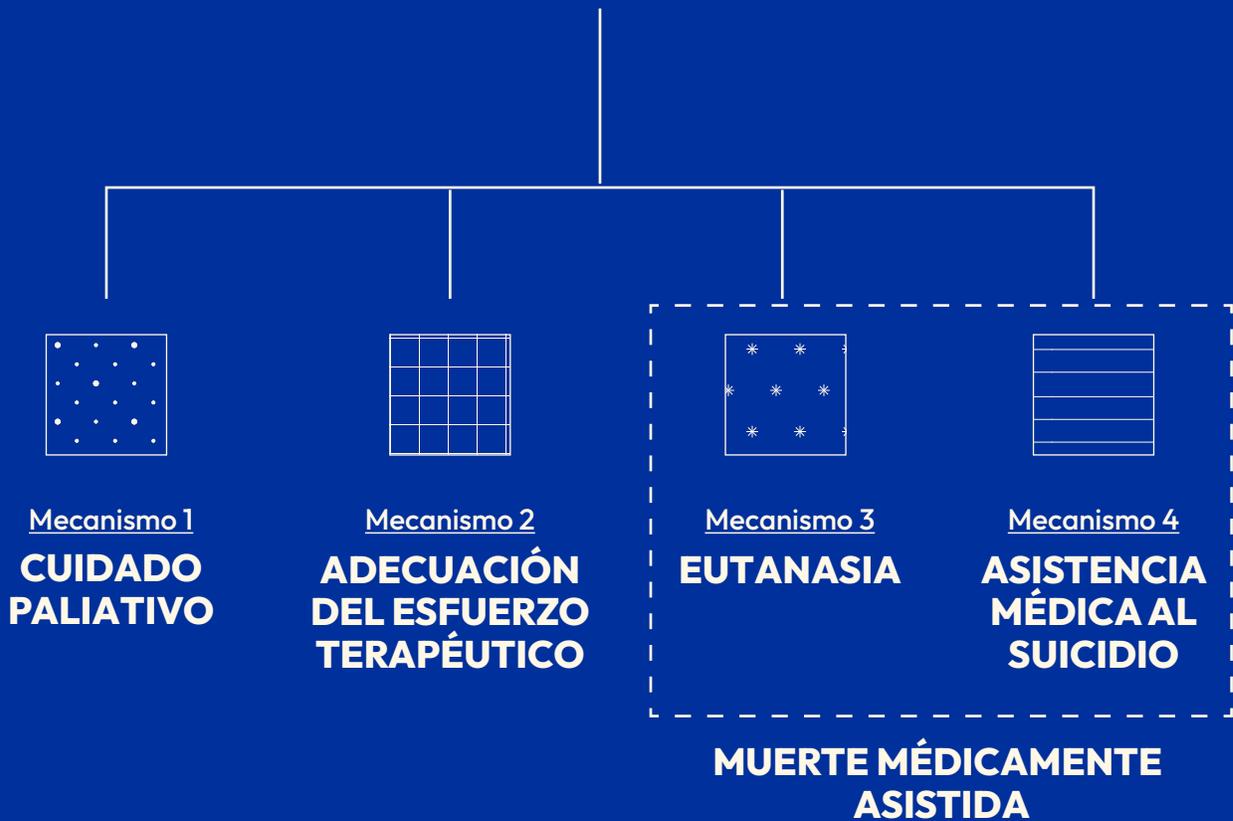
² Cfr. (1) Pérez-Pérez, F.M., (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. En: Revista Medicina de

Familia SEMERGEN. Volumen 41, número 8, 566 -574. (2) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 229 de 2020. Artículo 5.1.1.1. (c) Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.



DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Tomar decisiones sobre el fin de la vida



decir, la ayuda provista por un profesional de la medicina para poner fin a la vida en un momento específico.

El derecho a morir dignamente es un derecho emergente y, ponerlo en acción para nosotros varias cosas: primero, dar a conocer su contenido y los mecanismos para hacerlo efectivo de forma masiva; segundo, proveer recursos simples y prácticos para que las personas puedan ejercerlo y materializarlo; tercero, garantizarlo y exigirlo directamente ante el Sistema de Salud colombiano y con la intervención de los jueces si es necesario y; cuarto, colaborar con personas y organizaciones de América Latina y el mundo para avanzar este derecho en otras latitudes y jurisdicciones desde los aprendizajes que hemos logrado en Colombia.

Hemos aprendido con los años que el momento de la urgencia médica es el peor momento para preguntarse sobre el fin de la vida y tomar decisiones sobre la muerte digna. Por eso desde 2017 comenzamos a trabajar y en 2018 lanzamos nuestra estrategia **#TomaElControl**³. Sabíamos que el derecho a morir dignamente era un activo importante en la jurisprudencia constitucional colombiana, sabíamos que había importantes avances jurídicos y pocos avances prácticos. Por ello, nos propusimos inicialmente a dar a conocer el derecho, educar a las personas, desmarcarlo de la vejez, del envejecimiento y de la enfermedad para posicionarlo en la juventud, en la adultez, en la buena salud y en lenguaje de los derechos humanos.

Pasó poco tiempo para darnos cuenta de que no bastaba hablar de la muerte digna, que había que tomar acciones para ayudar a las personas a materializar este derecho. Hay siempre una pregunta ética sobre el ejercicio del derecho y del acceso a la justicia cuando hablamos de muerte digna: las personas necesitan información y asistencia jurídica en los momentos más críticos de sus vidas o de las de sus familiares, eso hace que normalmente no cuenten con tiempo, ni con la energía para invertir en la búsqueda de abogados, de información, en la construcción de documentos, carecen de tiempo para radicarlos, para adivinar y entender qué hacer y cómo hacerlo. El conocimiento jurídico no puede constituir una barrera y, por el contrario, debe

estar disponible de forma sencilla y amplia para quien lo necesite. Con una restricción de tiempo y de recursos humanos en el equipo de DescLAB, decidimos crear una serie de formatos fáciles de usar, de entender y de adaptar para que las personas, con un esfuerzo significativamente bajo, pudieran ganar tiempo al momento de ejercer su derecho a morir dignamente. Construimos también nuestra idea de ruta y la ofrecimos masivamente a los demás para clarificar un proceso que es confuso y que está disperso en varias normas jurídicas.

Nuestra apuesta estratégica no está en las urgencias médicas, sino en el cambio social frente a la muerte y al fin de la vida que queremos catalizar y del cual somos parte. Desde el inicio nos propusimos llevar el tema de la muerte digna a la mesa del comedor, estamos convencidos de que, si estos temas se abordan de manera directa en las familias, si logramos saber qué opinan del tema quienes que nos rodean, si despejamos mitos y abordamos la realidad de forma simple, amorosa y en la cotidianidad, ejercer y garantizar el derecho a morir dignamente será más sencillo en el momento en que sea necesario.

Luego llegó el momento de hacer litigio estratégico. Sin buscarlos, comenzaron a llegar casos complejos de personas que necesitaban ayuda y asistencia jurídica. Desde DescLAB y en #TomaElControl representamos casos que, a nuestro juicio, permiten avanzar y consolidar el derecho a morir dignamente en Colombia y en América Latina. Como se relatará a lo largo de esta publicación, el derecho a morir dignamente es un derecho humano emergente; eso significa que es nuevo y frágil, recibe ataques de los sectores más conservadores que buscan desinformar a la sociedad, es opacado con mitos y prejuicios presentes en las familias, en la comunidad médica, entre abogados y en la sociedad en general. Nuestra apuesta busca hacer visible un abanico de barreras y dificultades que requieren ser abordadas por los jueces con la esperanza que puedan ser superadas y ello derive en fortalecer el derecho a morir dignamente y los desarrollos legales alcanzados.

Desde un inicio sabíamos que el activismo y la movilización social en torno a la muerte y al fin de la vida

³ #TomaElControl es la estrategia digital de DescLAB sobre muerte digna y puede ser consultada en: <https://www.descclab.com/tomaelcontrol>

debían acompañarse de estrategias de generación de conocimiento útil para la toma de decisiones y para el monitoreo de la gestión pública. Por ello, desde 2020 nos dimos a la tarea de generar información y conocimiento sobre el derecho a morir dignamente en Colombia, sobre sus desarrollos normativos⁴, sobre las cifras que reflejan el acceso, las brechas y las barreras que enfrentan las personas al momento de exigir su derecho⁵. Esta publicación teje sobre esas publicaciones pasadas, las actualiza y renueva algunas reflexiones.

¿Un derecho humano emergente sobre la muerte y la longevidad?

La Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes⁶, un valioso documento de discusión internacional que no es jurídicamente vinculante, establece que todos los seres humanos, ciudadanos o no de un Estado en particular, tenemos más derechos que aquellos que se encuentran, en un momento dado, reconocidos en los ordenamientos jurídicos nacionales o internacionales. Reconocer que hay derechos humanos que emergen, y que lo hacen de diferente manera, con distintos actores y dando respuesta a diferentes demandas sociales, deriva de entender estas garantías universales y constitucionales, no como una apropiación estática espaciotemporal⁷, sino como un catálogo ético sobre el cual transformar el presente y, como lo establece Julios-Campuzano, como los cimientos de futuro más esperanzador⁸.

La pregunta por los derechos humanos emergentes es una pregunta por nuevos derechos humanos, por nuevas categorías jurídicas que impliquen una reinención y reinterpretación de los valores que inspiran, representan y materializan el Sistema Universal y los sistemas regionales de derechos humanos⁹. También es una pregunta por la naturaleza y las dimensiones



Fotografía: Ron Szalata

⁴ Correa Montoya, Lucas, (2020). Muerte Digna en Colombia. Activismo judicial, cambio social y discusiones constitucionales sobre un derecho emergente. Bogotá: DescLAB. 70 p.

⁵ Cfr. (1) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p. (2) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p.

⁶ Instituto de Derechos Humanos de Cataluña, (2009). Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes, Barcelona, IDHC.

⁷ Julios- Campuzano, Alfonso de, (2002). La globalización y la crisis paradigmática de los derechos humanos. En Revista de Estudios Políticos (nueva época), núm. 116, abril-junio, pág. 213.

⁸ Ibid., pág. 213.

⁹ Ibid., pág. 204.

emancipatoria, crítica y reivindicativa de los derechos humanos, que lleva a no aceptar el catálogo de derechos como un producto terminado, capaz de dar respuesta acertada a todas las necesidades, algunas antiguas otras novedosas, a las cuales nos enfrentamos cotidianamente. Es una pregunta por las necesidades invisibles, por las poblaciones oprimidas e invisibles, así como por las actuales transformaciones sociales que dan pie a la emergencia de nuevos retos y, por lo tanto, nuevos derechos: la pobreza, la corrupción, el subdesarrollo, el cambio climático, la amenaza nuclear y biológica, las innovaciones tecnológicas, las migraciones y el desplazamiento de población, la discriminación, la globalización y transnacionalización, y, entre otros, la longevidad de la población¹⁰.

Pero esa emergencia no se limita al estudio de los mecanismos tradicionales de creación de derechos. Como lo establece la Declaración, la emergencia de nuevos derechos supera las formalidades y va más allá del debate monopolizado por los agentes estatales en el derecho internacional de los derechos humanos. De otro lado, reconoce que otros actores, como la sociedad civil y los actores domésticos, pueden catalizar dicha emergencia¹¹. La Declaración misma busca contribuir, desde la sociedad civil, a diseñar un nuevo horizonte de derechos que sirva de orientación a los movimientos sociales, a las políticas públicas y a las agendas de quienes gobiernan en el ámbito local¹².

La Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes, un documento que no es jurídicamente vinculante, define el derecho a la muerte digna como el derecho a no prolongar artificialmente la vida y a que se respete la voluntad de la persona expresada en un testamento vital o en un documento similar¹³. Se trata de un abordaje bastante tímido y conservador. Trata la posibilidad de manifestar anticipadamente la voluntad, pero sin indicar el contenido de dichas manifestaciones, las cuales son al mismo tiempo el contenido del derecho a morir dignamente. Únicamente aborda la

AET, es decir, la posibilidad de rechazar o modificar intervenciones médicas para no prolongar la vida, pero no menciona directamente la MMA, es decir, a la ayuda efectiva para poner fin a la vida de la persona, ni el acceso a cuidados paliativos.

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la reciente Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores¹⁴ incorpora el acceso a cuidados paliativos¹⁵ dentro del derecho a la salud¹⁶ y menciona tangencialmente la posibilidad de rechazo y la limitación de medidas asistenciales en el marco del derecho a la vida, sin reconocer la muerte digna como un derecho humano independiente. En el marco del reconocimiento del derecho a la salud de las personas mayores, la Convención establece que, dentro de las políticas intersectoriales de salud que deban adoptarse, deben incluirse los cuidados paliativos, pero no establece nada más detallado sobre las posibilidades en el fin de la vida.

No obstante, más allá del tradicional derecho a la salud, que en esta Convención se reconoce a un grupo tradicionalmente invisible como las personas mayores, consta un derecho emergente para este mismo grupo poblacional y para la población en general: el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud¹⁷. No es un derecho completamente nuevo, pues sus contenidos, en general, se han reconocido en el marco del derecho a la salud, la autonomía y la integridad física, pero en este tratado, emerge como una categoría independiente. Particularmente, se refiere al derecho de las personas mayores “a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos [...] la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos. En estos casos, esta voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad

¹⁰ Instituto de Derechos Humanos de Cataluña, (2009). Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes, Barcelona, IDHC

¹¹ Ibid., pág. 42.

¹² Ibid., pág. 40.

¹³ Instituto de Derechos Humanos de Cataluña, (2009). Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes, Barcelona, IDHC, art. 1(7).

¹⁴ Organización de los Estados Americanos, (2015). Convención Interamericana sobre la protección de derechos humanos de las personas mayores, A-70, 06/15/2015.

¹⁵ Ibid., art. 2.

¹⁶ Ibid., art. 19.

¹⁷ Ibid., art. 11.

La pregunta por los derechos humanos emergentes es una pregunta por nuevos derechos humanos, por nuevas categorías jurídicas que impliquen una reinvencción y reinterpretación de los valores que inspiran, representan y materializan los derechos humanos.

con la legislación nacional”¹⁸. Este derecho emergente podrá, en el futuro, catalizar decisiones más profundas sobre la muerte digna en los entornos internacionales.

Finalmente, la muerte es abordada en esta Convención de manera tangencial y atada al derecho a la vida. Hay una mención a la vida digna hasta el final de sus días¹⁹, sin que esta expresión lleve directamente a hablar de un derecho a la muerte digna, pero sí a conservar la dignidad hasta el fin de la vida. Deriva de allí la obligación de los Estados de tomar medidas “para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado”²⁰.

La Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores en el Sistema Interamericano refleja el estado del derecho a morir dignamente en el continente sin ofrecer muchas perspectivas al futuro. Menciona los cuidados paliativos dentro del derecho a la salud, aborda el cuidado en la vejez y el respeto por la manifestación del consentimiento. Sin embargo, no desarrolla los mecanismos más relevantes y de avanzada, como la AET y la MMA.

El derecho a morir dignamente no existe en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, instrumento del Sistema Universal que incluye el derecho a la vida²¹, la protege en su faceta privada de injerencias arbitrarias²², y profundiza el derecho a que la vida sea gozada con niveles adecuados de bienestar²³ sin referirse de manera alguna ni a la muerte. En el Sistema

Interamericano de Derechos Humanos la protección del derecho a la vida sigue el mismo patrón²⁴.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos tampoco incluye alguna mención al derecho a morir dignamente. Sí regula el derecho a la vida con mayor detalle, particularmente, prohibiendo la privación arbitraria de la misma y refiriéndose con cierto detalle a la pena de muerte²⁵. No aborda este instrumento menciones sobre el fin de la vida ni sobre la muerte como un proceso natural.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolla el derecho a un nivel de vida adecuado²⁶ en el que las condiciones de existencia mejoren progresivamente. La alimentación, el vestuario y la vivienda son particularmente relevantes cuando se aborda este derecho, sin embargo, no hay asomo alguno del fin de la vida ni de la muerte digna como conceptos relacionados. En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador incorpora en el derecho a la seguridad social²⁷ una idea relativa a la garantía de una vida digna y decorosa sin relacionarla directamente con el fin de la vida ni la muerte.

De esta manera, los tratados tradicionales y de referencia tanto en Sistema Universal como en el Sistema Interamericano muestran poco interés para abordar el fin de la vida y la muerte como una cuestión de derechos humanos, principalmente por la idea generalizada de que los derechos humanos deben proteger la vida como un hecho biológico y castigar su vulneración o falta de protección por parte de los Estados. **La idea de vida digna se presenta de manera tangencial, más relacionada con el mejoramiento de las condiciones de vida que con el tipo de vida que cada persona juzga valiosa ni con el fin de la vida misma.**

.....

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid., art. 6.

²⁰ Ibid.

²¹ Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948, 217 A (III), art. 3.

²² Ibid., art. 12.

²³ Ibid., art. 25.

²⁴ Organización de los Estados Americanos, (1969). Convención Americana de Derechos Humanos. 22 de noviembre de 1969, arts. 4 y 11.

²⁵ Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 16 de diciembre de 1966, art. 6.

²⁶ Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966, art. 11.

²⁷ Organización de los Estados Americanos, (1999). Protocolo adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de noviembre de 1999, art. 9.

tema en la mesa del comedor. El proceso de emergencia del derecho a morir dignamente debe transformar el lugar que ocupa en estas narrativas y posicionarlas en el lugar estratégico necesario para apoyar el cambio social detrás del derecho a morir dignamente.

Durante décadas, el derecho a morir dignamente en Colombia no fue producto de una estrategia planificada de cambio social, fue el resultado de un proceso espontáneo, poco coordinado, en el que el **poder judicial** —y en particular las élites judiciales— ha tenido un rol preponderante. El **poder legislativo**, a pesar de los múltiples intentos de discutir una ley que regule el asunto, y de las numerosas exhortaciones de los jueces para hacerlo, ha sido el gran ausente, incapaz de cumplir con su labor de configuración legislativa, ha permanecido anclado en discusiones anodinas sobre la vida biológica que paralizan su labor. El **poder ejecutivo**, por su parte, ha tenido una labor tardía, en la que más que una acción propositiva frente a la emergencia del derecho ha desarrollado una labor reactiva y de cumplimiento de las órdenes de los jueces, a veces a regañadientes,

con dilaciones injustificadas y creando barreras que vulneran derechos. Finalmente, la **sociedad civil**, conformada por pocas organizaciones dedicadas al tema, y otras tantas facultades de medicina y sociedades médicas, han tenido una poco o limitada movilización judicial, muchas veces posicionada tras la labor de los jueces, no ha habido una estrategia para catalizar el activismo judicial. Su función ha estado centrada en la educación y en la sensibilización frente al tema. Con la llegada de DescLAB en el 2017 esto comenzó a cambiar y el litigio estratégico y la transformación de imaginarios en los medios de comunicación se volvieron protagonistas.

Las cifras de la muerte digna

La aprobación del derecho a morir dignamente en Colombia es alta. De acuerdo con los más recientes resultados de Colombia Opina de la firma Invamer²⁹, el 70,1 % de las personas en Colombia está de acuerdo con la posibilidad de acceder a la eutanasia cuando se



experimenta sufrimiento físico y psíquico producto de lesiones corporales y enfermedades graves e incurables. El punto más alto de favorabilidad se registró en agosto de 2021 con el 72,5 %³⁰ a favor y el más bajo en febrero de 2022 con el 68,5 %³¹ a favor. Las cifras de favorabilidad han sido más altas en las ciudades capitales (74,9 %) que en las ciudades no capitales (64,4 %)³².

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Polimétrica³³ de la firma Cifras y Conceptos, solamente el 19 % de la población colombiana quiere que la eutanasia sea prohibida de forma completa mientras que el 38 % está a favor de la legalización total y un 37 % permanece en una posición neutra frente al tema³⁴.

Estas altas cifras de aprobación sobre la eutanasia contrastan con las bajas cifras de aprobación de otros asuntos que generan debates de intensidad similar en la sociedad colombiana, particularmente: el matrimonio por parte de parejas del mismo sexo con una aprobación del 39,3 %, la adopción por parte de parejas del mismo sexo con una aprobación del 29,7 %, la legalización del consumo de marihuana con el 29,7 % y el aborto hasta la semana 24 con el 17,2 %³⁵.

La alta favorabilidad de la muerte digna en Colombia puede explicarse por el posicionamiento positivo de casos en los medios de comunicación que —a lo largo de los últimos años— han permitido acercar a las personas a las decisiones más íntimas y complejas sobre el fin de la vida y la muerte. Este acercamiento ha estado marcado por la comunicación de mensajes e imaginarios positivos de autonomía y dignidad, en lugar de imaginarios negativos de lástima, dolor, dependencia y deterioro de la salud. La exposición en medios —que se interseca con experiencias vitales propias y familiares— ha permitido llevar el tema a la mesa del comedor, conversar con nuestras familias lo que pensamos y queremos para nosotros mismos en esas situaciones.

Desde 2015 —año en el que se reglamentó la eutanasia y comenzó el registro de los procedimientos— y hasta el 31 de diciembre de 2023, se han realizado **692**

procedimientos de muerte médicamente asistida a través de la eutanasia en Colombia³⁶.

Estas son solo las cifras oficiales, es decir, de aquellos procedimientos desarrollados conforme a las normas y en el marco del Sistema de Salud. A pesar de que el procedimiento está cubierto en el plan de beneficios en salud (PBS) y es gratuito, muchas personas, profesionales y entidades continúan desarrollando e intermediando este procedimiento de manera privada. No es posible estimar el número de eutanasias que se llevan a cabo en las casas, con la ayuda de las familias y profesionales de la medicina que cobran por ello y en donde los controles por parte de los comités son inexistentes.

A la fecha, el 2023 es el año con más eutanasias practicadas en Colombia. En dicho año se desarrollaron 271 procedimientos³⁷. En el 2023 se llevaron a cabo un promedio de 22,6 procedimientos eutanásicos al mes. Es un número alto si se compara con 2015 —primer año de aplicación de la Resolución 1216 de 2015 (hoy derogada)— en el que se desarrollaron solamente 4 procedimientos³⁸.

Es decir, **la práctica de la eutanasia se ha multiplicado por 67 en 9 años**, una cifra nada despreciable que muestra que a medida que pasa el tiempo, que el tema se posiciona en los medios de comunicación y en la opinión pública y las personas tienen conversaciones familiares sobre el tema, más personas están interesadas en tomar decisiones autónomas sobre el fin de sus vidas.

Con corte a diciembre 31 de 2023, 366 hombres (52,9 %) y 325 mujeres (47,1 %) ejercieron el derecho a una muerte digna a través de la eutanasia. En 2022 se registró por primera vez un (1) procedimiento en una persona trans. No se han registrado casos de personas intersexuales³⁹.

Con corte al 31 de diciembre de 2023, los procedimientos de eutanasia se concentraron en Antioquia (Medellín) y en Bogotá (capital de Colombia). En Antioquia se

²⁹ Cfr. Invamer (2022). Colombia Opina número 13, junio 2022.

³⁰ Cfr. Invamer (2022). Colombia Opina número 11, abril 2022.

³¹ Ibid.

³² Ibid.

³³ Cfr. Cifras y Conceptos (2021). Encuesta Polimétrica, septiembre 2021.

³⁴ Ibid.

³⁵ Cfr. Invamer (2022). Colombia Opina número 13, junio 2022.

³⁶ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2023). Respuesta del 23 de mayo de 2024, lograda a partir de petición radicada el 14 de febrero de 2023, de una acción de tutela interpuesta el 11 de marzo de 2024 y de un incidente de desacato solicitado el 10 de abril de 2024.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

desarrollaron 294 procedimientos (43,1 %) y en Bogotá 285 procedimientos (41,2 %)⁴⁰. En conjunto, estas dos ciudades agrupan el 84,3 % de procedimientos llevados a cabo en Colombia.

Desde 2017, por orden de la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-544 de 2017 y bajo los parámetros establecidos en la Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, este procedimiento puede ser practicado a niños, niñas y adolescentes. Sólo se han llevado a cabo dos procedimientos de muerte médicamente asistida en personas menores de edad (menor de 18 años), los demás procedimientos se han llevado a cabo en mayores de edad⁴¹.

De acuerdo con los reportes más actualizados del Ministerio de Salud y Protección Social, la edad promedio de quienes han solicitado el procedimiento de muerte médicamente asistida en 2023 fue de 62,5 años⁴². Se trata, así, de un procedimiento llevado a cabo principalmente sobre personas mayores que no tienen una edad avanzada. Cuando este dato se compara con los años de esperanza de vida al nacer, que para el 2023 correspondían en promedio a 77,5⁴³, la edad promedio de acceso a la muerte médicamente asistida se sitúa 15 años por debajo⁴⁴.

En Colombia, los diagnósticos oncológicos son el principal tipo de enfermedad por la cual las personas solicitan la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia. Actualmente, el 76 % de todos los procedimientos de eutanasia (526 casos) fueron practicados a personas que tenían un diagnóstico principal relativo al cáncer⁴⁵. Los diagnósticos no oncológicos son la minoría de las causas por las cuales las personas solicitan la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia. Solamente 24 % de todos los procedimientos de muerte médicamente asistida a través de la eutanasia (166 casos) corresponde a enfermedades no relacionadas con el cáncer⁴⁶.

La toma de decisiones anticipadas sobre el fin de la vida a través de un DVA sigue siendo de baja ocurrencia. Con

corte al 31 de diciembre de 2023, de las 692 personas que accedieron a la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia, solamente el 42,5 % (294 personas) había diligenciado un DVA. El restante 57,5 % (398 personas) no lo había diligenciado⁴⁷. Dada la ausencia de un registro unificado de DVA y de la falta de implementación de la historia clínica digital e interoperable, no es posible saber cuántas personas han tomado decisiones anticipadas y solo es posible conocerlo cuando han accedido al procedimiento de eutanasia.

Objetivos y estructura del texto

Esta publicación se propone cuatro objetivos que se logran en tres capítulos. En primer lugar, sintetiza y describe el proceso de surgimiento del derecho a morir dignamente en Colombia. Analiza cómo nació, cómo ha evolucionado y cómo se ha consolidado en las últimas décadas y propone así una genealogía del proceso que permite entenderlo y comunicarlo. En segundo lugar, hace una reflexión sobre el derecho como una herramienta de cambio social usando el proceso de surgimiento y evolución del derecho a morir dignamente como un caso exitoso y, por supuesto, lleno de límites y dificultades. Estos dos objetivos se desarrollan en el primer capítulo.

En tercer lugar, la publicación aborda el estado actual del derecho a morir dignamente en Colombia, explica su contenido, su naturaleza, así como los mecanismos disponibles y los requisitos que es necesario cumplir para acceder a ellos. Este objetivo se desarrolla en el segundo capítulo Y, en cuarto lugar, evidencia los retos que tenemos al futuro, no solo en Colombia, sino en América Latina, cuando se trata de reconocer, ampliar y profundizar la posibilidad de tomar decisiones libres y autónomas sobre el fin de la vida. Este objetivo se desarrolla en el tercer capítulo que corresponde a la conclusión.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas - Perfil País, Colombia, consultado el 25 de junio de 2024, disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-colombia>

⁴⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2023).

Respuesta del 23 de mayo de 2024, lograda a partir de petición radicada el 14 de febrero de 2023, de una acción de tutela interpuesta el 11 de marzo de 2024 y de un incidente de desacato solicitado el 10 de abril de 2024.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid.

Capítulo I

De las élites judiciales al hospital.

La emergencia del derecho
a morir dignamente en
Colombia

El proceso de emergencia del derecho a morir dignamente en Colombia comenzó en el año 1993. En 1991, Colombia tenía una nueva Constitución Política y en 1992 ya existía la Corte Constitucional y operaba la acción de tutela⁴⁸ —ambas instituciones creadas por la nueva Constitución—. Sin estas dos innovaciones constitucionales este proceso probablemente no habría comenzado ni se habría consolidado como lo ha venido haciendo a lo largo de tres décadas.

Tanto el texto constitucional como los primeros años de la Corte estuvieron marcados por un profundo ánimo aspiracional, como lo describen Saffón-Sanín y García Villegas⁴⁹. Este momento fue caracterizado por una profunda convicción de que el derecho constitucional podía ser una fuente de cambio social, de que sus contenidos eran verdaderos derechos y no solamente afirmaciones políticas o deseos programáticos que otras ramas del poder público debían materializar con el pasar de los años. Este ánimo aspiracional ha acompañado el proceso de emergencia y consolidación del derecho a morir dignamente luego de 30 años después y continúa llenándolo de energía para la movilización, la incidencia, el litigio estratégico y el cambio de imaginarios sociales.

Características del proceso de emergencia del derecho a morir dignamente

La emergencia del derecho a morir dignamente en Colombia tiene **cinco características**. La primera es que ha sido un proceso de **cambio social liderado desde las élites judiciales** que han logrado crear, posicionar y desarrollar lentamente un nuevo derecho constitucional a morir dignamente. De esta manera, el proceso ha contado con un componente importante de azar, en el cual, a través de casos dispersos en el territorio nacional que sin una estrategia de alto impacto han llegado a la máxima autoridad constitucional han encontrado jueces relativamente abiertos y liberales, capaces de hacerlo avanzar lenta pero decididamente.

El debate no ha sido necesariamente pacífico. En el seno de las élites judiciales, el proceso de emergencia del derecho a morir dignamente ha debido luchar contra las posiciones más conservadoras que, al interior de la Corte Constitucional colombiana, se han opuesto —y continúan haciéndolo— al proceso de manera férrea a su reconocimiento, ampliación y profundización.

Se trata de un proceso de activismo judicial en el que los jueces han catalizado un proceso de cambio social frente al fin de la vida y a la muerte. De acuerdo con lo establecido por Rodríguez-Garavito y Rodríguez-Franco⁵⁰, se ha tratado de un proceso en el cual reconocen nuevos derechos, se implementan otros, se transforman y corrigen fallas estructurales y se reparan violaciones a los derechos constitucionales. En este proceso también se ordena la creación de normas específicas, de políticas, planes y programas en sede judicial que deben ser llevados a cabo por otras ramas del poder público. Este rol del poder judicial dista, diametralmente, de lo que tradicional y exegéticamente se espera de él: la resolución de conflictos particulares a través de la interpretación de la ley vigente—una labor reducida, restringida y predecible.

A la fecha, 15 sentencias de la Corte Constitucional, 11 de tutela y 4 de constitucionalidad, han creado, posicionado, desarrollado, ampliado y profundizado el derecho a morir dignamente en Colombia.

La segunda característica es que se trata de un derecho **creado sin la ayuda del legislador**. A pesar de las órdenes impartidas por el poder judicial para que regule el derecho y de los múltiples intentos de discutir una ley que aborde el asunto, el Congreso de la República ha sido incapaz de cumplir con su labor de configuración legislativa. Los legisladores se encubren bajo el derecho a la vida y su inviolabilidad en el ordenamiento jurídico colombiano para negar la existencia del derecho fundamental a morir dignamente, para impedir su regulación integral y para permitir que permanezcan las barreras que impiden y dificultan su materialización. Con frecuencia, el debate legislativo sugiere enfocarse

⁴⁸ La acción de tutela es un mecanismo judicial expedito creado por la Constitución Política de 1991 que permite a las personas proteger directamente sus derechos fundamentales ante las amenazadas y violaciones por parte del estado y de particulares encargados de la prestación de servicios públicos.

⁴⁹ Saffón-Sanín, María Paula, García-Villegas, Mauricio, (2011). Derechos sociales y activismo judicial. La dimensión fáctica del

activismo judicial en derechos sociales en Colombia. En *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 13 (1), pp. 75-107, p. 79.

⁵⁰ Rodríguez-Garavito, César y Rodríguez-Franco, Diana, (2015). El Juicio a la Exclusión. El impacto de los tribunales sobre los derechos sociales en el sur global. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

GENEALOGÍA DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

PRIMER MOMENTO 1 1993 - 1997

La emergencia no planificada del derecho a morir dignamente

SEGUNDO MOMENTO 2 1997 - 2014

La latencia judicial y el bloqueo legislativo

TERCER MOMENTO 3 2014 - 2020

El vertiginoso desarrollo e implementación

CUARTO MOMENTO 4 2020 - PRESENTE

El litigio estratégico para superar barreras y ampliar el derecho a morir dignamente

- ▲ Sentencia
- Resolución
- ★ Ley
- ⊙ Proyecto de ley

1993

1997

1998

2004

2005

2006

2007

2008

2011

2012

2014

2015

2018

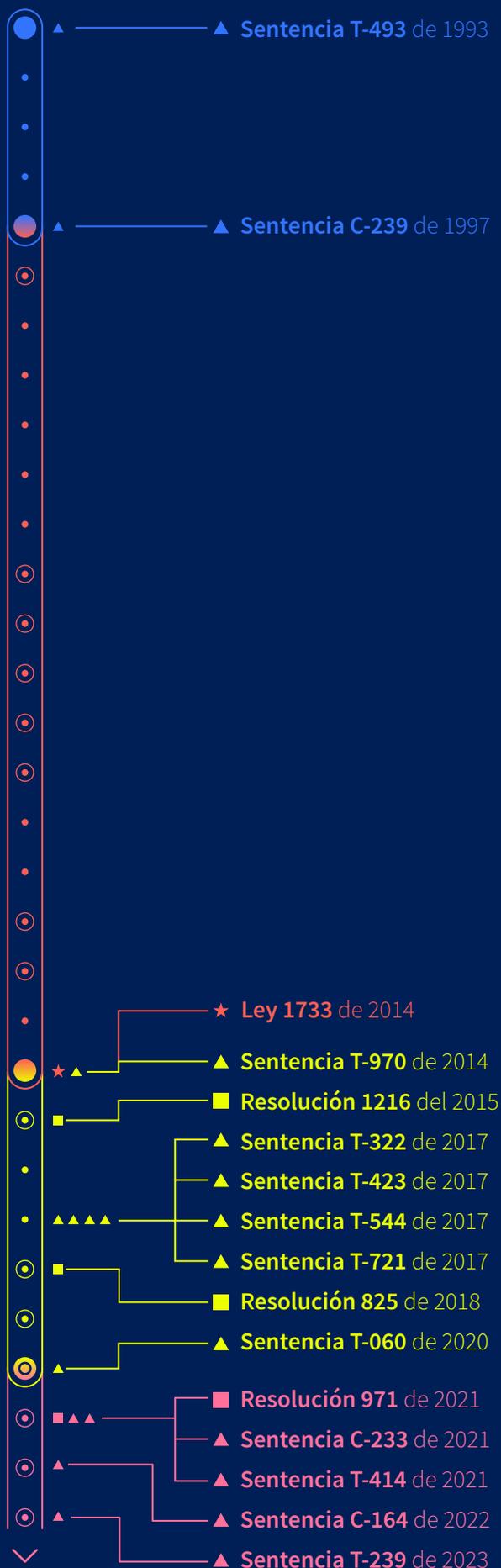
2019

2020

2021

2022

2023



en los cuidados paliativos, fortalecerlos, masificarlos, antes que desarrollar a profundidad otros mecanismos de este derecho.

Esta ausencia ha sido una gran oportunidad para la emergencia del derecho a morir dignamente. La inacción del Congreso ha tenido como efecto el hecho de que las discusiones sobre el derecho a morir dignamente, particularmente a través de la muerte médicamente asistida, no se hayan visto entorpecido por los debates polarizados de la política electoral en los cuales habría podido correr el riesgo de no emerger, no consolidarse o, inclusive, desaparecer. Esto, por supuesto, implica una dificultad contramayoritaria; la discusión no ha tenido lugar en los foros democráticos, en los cuales está representada directamente la ciudadanía. Esta dificultad resulta, además, paradójica, pues los índices de aceptación del derecho y de la muerte médicamente asistida son, como ya se estableció en la introducción, bastante altos. El ejercicio democrático resulta así precario, los representantes elegidos no cumplen las órdenes judiciales, no llevan a cabo su labor de discusión pública y de configuración normativa de los derechos de los ciudadanos, y no están alineados con la opinión pública y ni con las preferencias de las mayorías. La representación democrática se encuentra, de esta forma, presa de los intereses conservadores minoritarios que se hacen pasar por mayoritarios.

El único aporte del legislativo, hasta ahora, ha sido una ley general de cuidados paliativos⁵¹ que ofrece algunas definiciones útiles, pero pocas o ninguna provisión efectiva para hacer masiva su oferta, mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de estos.

Desde 1998 y hasta la fecha, el Congreso de la República de Colombia ha intentado, en 19 oportunidades, debatir y aprobar un proyecto de ley sobre el derecho a morir dignamente. La mayoría de las iniciativas legislativas no tuvieron debate o no superaron el primero de cuatro debates necesarios. Solo en pocas oportunidades las iniciativas han tenido más de dos debates legislativos.

La tercera característica es que **el derecho ha sido creado con la tímida acción del ejecutivo**. El poder ejecutivo no ha tenido una labor activa ni propositiva

frente al derecho a morir dignamente. Su rol ha sido reactivo y subsidiario a cumplir las órdenes judiciales para materializar el derecho a morir dignamente.

A la fecha, la responsabilidad de reglamentar el trámite y los procedimientos relacionados con el derecho a morir dignamente ha recaído en el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha responsabilidad se ha llevado a cabo de forma lenta, incompleta y, con frecuencia, creando barreras innecesarias e incoherentes con los mandatos de la jurisprudencia constitucional sobre la materia. A la par, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud se han sustraído de jugar un rol de liderazgo en la vigilancia del Sistema de Salud y de la transformación de las prácticas cotidianas que materializan u obstaculizan el goce efectivo del derecho a morir dignamente de los colombianos. Seis resoluciones del Ministerio de Salud y una circular de la Superintendencia Nacional de Salud constituyen las normas reglamentarias disponibles sobre el tema.

La cuarta característica es que el derecho a morir dignamente ha sido **creado a pesar de la falta de un movimiento social estratégico**. En el proceso de emergencia del derecho, la movilización y la innovación social para catalizar el activismo judicial las organizaciones sociales, las sociedades científicas y las universidades han estado ausentes la mayor parte del tiempo. El movimiento social ha estado distante de lo que Saffón-Sanín y García-Villegas denominan la “estrategia política más amplia que apunte a la transformación social a través de la materialización de los derechos sociales”⁵². Durante décadas ha faltado un movimiento social vibrante, creativo y coordinado sobre este tema que brinde apoyo social, político y jurídico a la transformación social que subyace a la transformación jurídica.

Las organizaciones y actores sociales se han enfocado principalmente en labores educativas y de sensibilización frente al derecho a morir dignamente. Entre sus prioridades han estado la transformación de ideas e imaginarios frente al fin de la vida y la muerte y al uso de documentos de voluntad anticipada. Esta importante labor está aún lejos de ser masiva y de estar anclada

⁵¹ Cfr. República de Colombia, Ley 1733 de 2014.

⁵² Saffón-Sanín, María Paula, García-Villegas, Mauricio, (2011). Derechos sociales y activismo judicial. La dimensión fáctica del

activismo judicial en derechos sociales en Colombia. En *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 13 (1), pp. 75-107, p. 85.

efectivamente en la prestación de los servicios generales de salud.

El proceso de emergencia tampoco ha dado lugar al fortalecimiento de esas organizaciones sociales ni ha fomentado la creación de un movimiento social o de alianzas estratégicas y duraderas. En Colombia, en las discusiones judiciales sobre el derecho a morir dignamente participan un par de organizaciones dedicadas al tema, algunas facultades de medicina y derecho de ciertas universidades y asociaciones de profesionales de la salud y pacientes con sus conceptos técnicos a la Corte Constitucional cuando son requeridos.

Existen algunas discusiones y publicaciones académicas sobre el tema, algunos cursos universitarios y de posgrado. Estos espacios han sido principalmente reactivos, se han activado cuando ha habido cambios jurídicos importantes, como nuevas sentencias de la Corte Constitucional o nuevas regulaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, la discusión académica y científica está lejos de ser fructífera, permanente y sostenida en el tiempo.

La quinta característica es se trata **de un derecho que ha sido apropiado por la ciudadanía gracias a los medios de comunicación**, los cuales han cumplido un rol de creación de consciencia y empoderamiento sobre el derecho a la muerte digna y sobre las decisiones en el fin de la vida.

A la par con los desarrollos judiciales logrados por la Corte Constitucional en las últimas tres décadas, periodistas y medios de comunicación han llevado a cabo su labor informativa y de creación de opinión pública de forma responsable y efectiva. Han dado voz y rostro a personas reales quienes han compartido sus casos y luchas íntimas, muchas de ellas dolorosas, todas ellas valientes y decididas, para generar reconocimiento y empatía en la sociedad colombiana. Dado el lugar privilegiado que ocupa Colombia en este tema, en los últimos años, estos casos locales han sido ampliamente difundidos en el continente americano y en otras partes del mundo.

Periodistas y medios de comunicación han difundido masivamente las decisiones judiciales estructurales tomadas por los jueces. También han reportado las

cifras y la evolución en el acceso del procedimiento. Han hecho visibles las barreras y las dificultades que enfrentan las personas y, de esta manera, han fortalecido las acciones de incidencia de los actores sociales dándoles visibilidad y capacidad de presión.

Es gracias a la comunicación positiva y masiva de los avances jurídicos y sociales del derecho a morir dignamente que, en Colombia, el tema goza, como ya se estableció en la introducción, de una amplia aprobación y del apoyo ciudadano. A través de todas estas acciones, los medios de comunicación han ayudado efectivamente a crear un conocimiento individual, familiar y colectivo. No se trata de un aporte menor. Gracias a la comunicación pública del tema las personas han podido saber a qué tienen derecho y cuándo pueden solicitarlo; han podido verse reflejados en las historias de vida de las demás personas, preguntarse qué quisieran si llegaran a encontrar en esa misma situación; han podido ver a familiares y amigos acompañando las decisiones y esto les ha permitido tener conversaciones sobre sus deseos en el fin de la vida con las personas de confianza en la mesa del comedor.

A lo largo de 30 años, el proceso ha transcurrido por cuatro momentos. En el **primer momento** emerge la discusión constitucional sobre la muerte digna en el *continuum* de los derechos constitucionales expresamente reconocidos y surge, a la vida jurídica, el derecho a la muerte digna. En el **segundo momento** se experimenta la latencia judicial y el bloqueo legislativo en el cual, a pesar de existir nominalmente, el derecho a morir dignamente no era garantizado, o por lo menos, no en el marco de la legalidad. En el **tercer momento** se experimenta el vertiginoso desarrollo e implementación, durante este tiempo el derecho va más allá de su reconocimiento nominal y se abre camino para su implementación, garantía efectiva y profundización. Por primera vez se toma en serio, es reclamado en múltiples oportunidades, se llevan registros de solicitudes y procedimientos, pero también surgen nuevas barreras y retos en el marco del Sistema de Salud. En el **cuarto momento**, el más reciente, el proceso experimenta una transformación y comienza a tener litigios estratégicos y acciones intencionadas de monitoreo y superación de barreras.

1

PRIMER MOMENTO

1993 - 1997

La emergencia no planificada del derecho a morir dignamente

1993



▲ Sentencia T-493 de 1993

Protección de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico

1997

▲ Sentencia C-239 de 1993

Despenalización de la eutanasia

Reconocimiento del derecho fundamental a morir dignamente. Se fijan tres requisitos para la eutanasia:

1. Manifestar el consentimiento.
2. Tener una enfermedad terminal.
3. Experimentar sufrimiento físico o psicológico incompatible con la idea propia de dignidad.
4. Que el procedimiento sea realizado por un médico.

- ▲ Sentencia
- Resolución
- ★ Ley
- ⊙ Proyecto de ley

Primer momento: la emergencia no planificada del derecho a morir dignamente (1993 - 1997)

La discusión jurídica sobre el derecho a morir dignamente en las más altas instancias comenzó en 1993. Este primer momento se extendió por cerca de cuatro años y el único actor relevante fue el poder judicial a través de dos decisiones judiciales.

El inicio del proceso presenta varias paradojas. Primera, a pesar de que Colombia es uno de los países más avanzados del mundo sobre la muerte digna, particularmente en la MMA a través de la eutanasia, la discusión pública y jurídica no comenzó por ahí, sino por la AET, particularmente con el rechazo de tratamientos médicos para abordar el cáncer. Segunda, a pesar de que las discusiones se encuentran centralizadas en los círculos más privilegiados social, económica y educativamente de Colombia, la primera decisión de la Corte Constitucional nació a partir del caso anónimo de una mujer campesina ubicada en la ruralidad colombiana que no pertenecía a esas élites.

Fue a través de la **Sentencia T-493 de 1993**⁵³ que comenzó la discusión jurídica sobre el derecho a morir dignamente, particularmente, sobre la AET como uno de los mecanismos para materializarlo. En esta decisión, la Corte Constitucional colombiana revisó una acción de tutela que surgió de la petición del hermano de una ciudadana y la personería municipal para que, por vía judicial, se le ordenara a la mujer practicarse los tratamientos médicos contra el cáncer que, según los médicos que la trataban, eran necesarios para preservar su vida. A juicio de los demandantes, debido al analfabetismo y a la supuesta subyugación que ejercía el esposo, la mujer había decidido interrumpir los tratamientos médicos para tratar el cáncer de seno que se le había diagnosticado y por tanto su derecho a la vida estaba en peligro.

Ante estos argumentos, el juez de primera instancia determinó que la acción de tutela estaba justificada. Para proteger la salud y la vida de la mujer, ordenó al esposo que dispusiera de todos los medios que fueran necesarios para que tuviera acceso, nuevamente, al servicio de salud del que la mujer había desistido.

Cuando la acción judicial llegó a la Corte Constitucional, los magistrados ordenaron que se profundizaran las pruebas y encontraron que, tanto el testimonio de la señora como el de su pareja, sugerían que la renuncia a los tratamientos había sido voluntaria y sin las presiones que indicaron los demandantes. La mujer declaró que no había dado continuidad a las terapias debido a que le causaba incomodidad desplazarse hasta el lugar donde se las practicaban y porque tenía la convicción que sería Dios —de acuerdo con sus creencias religiosas— quien decidiría sobre el futuro de su salud.

A partir de lo anterior, la Corte presentó dos grandes razones para adoptar la decisión que detonó la discusión sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Por una parte, se consideró afectado el derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad consagrado en el artículo 16 de la Constitución Política de 1991. La Corte estableció que, si una persona decide no someterse a un tratamiento médico por convicciones personales, no pueden ni el Estado ni los particulares imponer a esta persona una obligación contraria a su propia voluntad. De lo contrario, se estaría privilegiando una visión de mundo que permite al Estado y a terceras personas imponer sus decisiones por encima de la autonomía y libertad de cada individuo.

A la par, la Corte decidió que de la violación al derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad deriva la vulneración del derecho a la intimidad personal y familiar establecido en el artículo 15 de la Constitución. La injerencia sobre un ámbito y una conducta tan personal y privada menoscaban no sólo la libertad y sino también la privacidad que le corresponde y de la cual es titular cada persona. Al buscar imponer a la mujer ciertos tratamientos que ella había rechazado de manera voluntaria, terceras partes estaban inmiscuyéndose ilegalmente en su esfera privada.

Con este primer caso, la Corte comenzó a ambientar decisiones sobre la muerte digna sin mencionar directamente la existencia de un derecho fundamental

⁵³ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-493 de 1993 (MP: Antonio Barrera Carbonell).

específico, ni conceptualizar a profundidad la AET como un mecanismo de este; pero las bases se sentaron. En esta decisión judicial se abordó la posibilidad de rechazar, interrumpir o modificar tratamientos médicos, aunque la decisión llevara a la muerte sin provocarla directamente. La Corte fijó el asunto como un tema de derecho constitucional relacionado directamente con la libertad, la autonomía y la intimidad y, por primera vez, se ambientaron estos asuntos a nivel judicial.

Tres años y medio después, a través de la **Sentencia C-239 de 1997**⁵⁴, emergió el derecho a morir dignamente como un derecho en el ordenamiento constitucional colombiano. En esta decisión, la Corte Constitucional colombiana analizó una demanda de inconstitucionalidad interpuesta por un ciudadano en contra del delito de homicidio por piedad del Código Penal de la época⁵⁵ porque establecía una pena menor en comparación con las penas asignadas a otro tipo de homicidios. El demandante, desde una visión conservadora, aseguraba que el legislador, al asignar una pena menor a dicho delito, había desconocido derechos y protecciones constitucionales, entre ellos, la protección constitucional a la vida y su correlativa inviolabilidad. La pretensión inicial del demandante era que se declarara la inconstitucionalidad del delito de homicidio por piedad, se excluyera del ordenamiento jurídico y el acto fuera castigado como un homicidio regular, con una pena mayor. El resultado fue todo lo contrario a lo planeado.

El demandante no pretendía catalizar una discusión sobre la muerte digna; mucho menos buscaba que la Corte fuera un paso más allá y creara una causal en la que no hubiera consecuencia penal alguna para el homicidio por piedad y por esa vía se despenalizara la eutanasia. Es por ello que, la emergencia del derecho a morir dignamente se califica como no planificada, pues no respondió a una estrategia pensada ni diseñada para lograr objetivos previstos. De esta manera, la iniciativa de un ciudadano de atacar el Código Penal encontró un lugar en la Sala Plena de la Corte, con un magistrado

ponente de corte liberal y, de manera inusitada, emergió el derecho en la órbita constitucional colombiana.

En la Sentencia C-239 de 1997, a diferencia del caso anterior y de la mayoría de los casos sucesivos sobre muerte digna, no se discute un caso concreto en el que a una persona se le hubiera vulnerado algún derecho constitucional. Por el contrario, surge de un análisis abstracto de constitucionalidad⁵⁶; en Colombia cualquier ciudadano puede demandar una norma jurídica que, en su opinión, vulnere postulados constitucionales superiores. Para el caso del homicidio por piedad, la Corte declaró constitucional el delito de homicidio por piedad, pero creó una causal de exclusión de responsabilidad penal. La Corte falló indicando que, no habrá responsabilidad penal alguna cuando se cumplan los siguientes presupuestos: primero, que se tratara de una persona debidamente diagnosticada con una enfermedad terminal⁵⁷; segundo, que experimente sufrimiento físico o psíquico incompatibles con su idea de dignidad; tercero, que manifieste el consentimiento de libre y; cuarto, que el procedimiento sea llevado por un profesional de la medicina.

En esta decisión la Corte mencionó por primera vez el derecho a morir dignamente en estrecha relación con el derecho a la vida digna. Expresó lo siguiente: “el derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente”⁵⁸. Luego pasó a darle contenido. La Corte reconoció que, frente a la vida, pueden encontrarse diferentes aproximaciones, unas que la entienden como un bien sagrado, sobre las que las personas tienen un margen de decisión restringida. Otras, por el contrario, la entienden como algo valioso, pero no absoluto, íntimamente relacionada con la autonomía y el proyecto de vida personal. De manera directa, la Corte fijó la forma como los casos sobre muerte digna debían abordarse en el futuro: desde una perspectiva pluralista en la que se dividan las cuestiones jurídicas de aquellas morales, en las que, quien quiera entender la vida como algo sagrado puede hacerlo, pero

⁵⁴ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-239 de 1997. (MP: Carlos Gaviria Díaz).

⁵⁵ República de Colombia, Decreto 100 de 1980, art. 326. “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 seis meses a tres años”

⁵⁶ Cfr. (1). República de Colombia, Constitución Política de 1991. (2) República de Colombia, Decreto 2067 de 1992.

⁵⁷ En 2021, a través de la Sentencia C-233 de 2021 la Corte Constitucional eliminó el requisito de la enfermedad terminal y declaró que bastaba con tener una enfermedad grave e incurable.

⁵⁸ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-239 de 1997. (MP: Carlos Gaviria Díaz).

no puede imponerlo como deber a los demás. No existe así el deber constitucional de vivir la vida biológica.

Esta precisión resultó clave en este proceso de emergencia del derecho a morir dignamente. Que la tensión se resolviera desde las primeras sentencias que abordaron el caso, particularmente desde la Sentencia C-239 de 1997, logró que la discusión, y la muy común confusión entre derecho y moral religiosa, quedara zanjada. Se materializó así el efecto de reestructuración del marco del que hablan Rodríguez-Garavito y Rodríguez-Franco, bajo el cual, las decisiones judiciales fijan y establecen el enfoque desde el cual deben decidirse situaciones similares o entenderse el problema público que abordan⁵⁹. Así, la Corte se ha visto limitada a volver a caer en la trampa de la moral religiosa y de la sacralidad de la vida, como algo que se impone por unas mayorías genéricas y etéreas sobre personas específicas que desean tomar decisiones concretas sobre el fin de sus vidas en el marco del derecho constitucional y los derechos humanos.

El análisis de la Corte partió de reconocer a la dignidad humana como un valor supremo que irradia los demás derechos fundamentales, entre ellos, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad como su máxima expresión. En ese sentido, la vida —como un bien valioso más no sagrado— implica que la persona pueda decidir si continúa viviendo o no, en tanto es ella quien decide si lo está haciendo en condiciones compatibles con su idea dignidad.

En esta misma decisión, la Corte consideró tangencialmente las relaciones entre el derecho a morir dignamente y el principio de solidaridad, esto para resaltar el carácter no criminal de la acción de quien ayuda a morir a otro cuando se cumplen los requisitos establecidos.

También abordó la relación del derecho a morir dignamente con la protección en contra de la tortura, los tratos crueles, inhumanos y degradantes. Estableció que impedir que una persona accediera a la ayuda médica necesaria para poner fin a su vida, y por esa vía poner fin a los sufrimientos que la aquejan equivale a un trato cruel, inhumano y degradante.

La Corte estableció sin duda que el Estado tiene el deber de cuidar y proteger la vida, pero ese deber no es absoluto. Por el contrario, encuentra límites al hacerlo, pues los derechos no son absolutos y debe existir una armonía entre los bienes y los valores protegidos por la Constitución. Así, declaró que no es incompatible la protección de la vida con las decisiones libres y autónomas relacionadas con la muerte. Esta idea poderosa abrió la puerta a la creación de un derecho emergente a la muerte digna.

En 1997, la Corte despenalizó el homicidio por piedad y, por esa vía, permitió la práctica legal de la eutanasia cuando se cumplieran los requisitos estrictos previamente indicados. Sobre el actuar de quien causa la muerte, la Corte Constitucional consideró que debe ser un médico el llamado a hacerlo porque son quienes pueden proveer la información necesaria y quienes pueden brindar el conocimiento para que las condiciones sean



Fotografía: Lisa Barker

59 Rodríguez-Garavito, César y Rodríguez-Franco, Diana, (2015). El Juicio a la Exclusión. El impacto de los tribunales sobre los derechos sociales en el sur global. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, p. 26.

seguras. Por ende, la actuación carece de antijuricidad, pues es un acto solidario en el que un profesional ayuda a morir a quien ha prestado un consentimiento voluntario y sufre de que provienen de una enfermedad terminal.

La Sentencia C-239 de 1997 es una sentencia hito fundacional⁶⁰: una decisión fuerte que comienza la discusión jurídica, judicial y social y, a la vez, reestructura el marco de referencia y que pretende catalizar la producción normativa. Bajo la nueva causal creada, surgen los requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente a través de la eutanasia. El derecho se aborda de manera fuerte⁶¹, en tanto es en esta decisión en la que se define y precisa su contenido. Esta Sentencia también configura el efecto de reestructuración del marco⁶² bajo el cual habrá de entenderse y aplicarse el derecho a morir dignamente en lo sucesivo: un entendimiento de que el derecho a la vida no es absoluto y que debe aplicarse en línea con los derechos a la dignidad humana, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y la protección en contra de la tortura.

Igualmente, esta decisión intentó generar un efecto de producción normativa al exhortar al Congreso de la República, por primera vez, para que en el marco de sus funciones y conforme a los principios constitucionales regule la muerte digna a través de la eutanasia.

La Sentencia no estuvo exenta de discusión ni polémica. De los nueve magistrados que en su momento la componían, tres salvaron su voto⁶³, es decir, votaron en contra y dejaron constancia de sus argumentos en la decisión. En primer lugar, los magistrados disidentes de la decisión mayoritaria se apartaron de la interpretación del derecho a la vida y de la manera cómo la Corte resolvió la tensión entre dicho derecho y el naciente derecho a morir dignamente. En segundo lugar, los disidentes argumentaron que la Corte había suplantado las labores del poder legislativo al ir más allá del juicio general y

abstracto de constitucionalidad y crear una nueva causal de exclusión de responsabilidad penal para un delito.

La Sentencia C-239 de 1997 es entonces la decisión detonante en el proceso de emergencia del derecho a morir dignamente. Las élites judiciales comenzaron el proceso de creación normativa, nombrando el derecho, lo vincularon con otros derechos constitucionales y fijaron ciertos requisitos para su ejercicio. La Sentencia implicó también, un enorme efecto simbólico⁶⁴ en el proceso de emergencia del derecho, pues posicionó la discusión sobre la muerte digna como un asunto de derechos humanos y catalizó la transformación de los imaginarios sociales y de la opinión pública sobre la eutanasia. No obstante, la importancia normativa y simbólica de la decisión, sus efectos prácticos⁶⁵ y directos fueron limitados lo que hizo que fuera solo hasta el 2014 en que el derecho a morir dignamente pudo hacerse operativo y efectivo.

El debate público y jurídico sobre la muerte digna no fue planificado y tampoco existió un proceso de litigio estratégico⁶⁶ detrás de la emergencia de dicho derecho. Las organizaciones sociales no se movilizaron activamente para llevar casos sobre muerte digna ante los jueces de tutela y ante la Corte Constitucional, no diseñaron una estrategia planeada e intencionada para posicionar el tema ante la opinión pública. Fueron las dos decisiones reseñadas las que catalizaron el proceso de emergencia de este nuevo derecho.

Segundo momento: la latencia judicial y el bloqueo legislativo (1997 - 2014)

Este segundo momento del proceso de emergencia y consolidación del derecho a morir dignamente en Colombia se extendió desde mayo de 1997 y diciembre del 2014. Durante este periodo el proceso experimentó

.....

⁶⁰ López-Medina, Diego (2012). El derecho de los Jueces. Obligatoriedad del precedente constitucional, análisis de sentencias y líneas jurisprudenciales y teoría del derecho judicial. Bogotá: Legis y Universidad de los Andes.

⁶¹ Rodríguez-Garavito, César y Rodríguez-Franco, Diana, (2015). El Juicio a la Exclusión. El impacto de los tribunales sobre los derechos sociales en el sur global. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, p. 27.

⁶² Ibid., pág. 45.

⁶³ Los magistrados que salvaron su voto fueron: José Gregorio Hernández, Vladimiro Naranjo Mesa y Hernando Herrera Vergara.

⁶⁴ Rodríguez-Garavito, César y Rodríguez-Franco, Diana, (2015). El Juicio a la Exclusión. El impacto de los tribunales sobre los derechos sociales en el sur global. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, p. 38.

⁶⁵ Ibid, pág. 38.

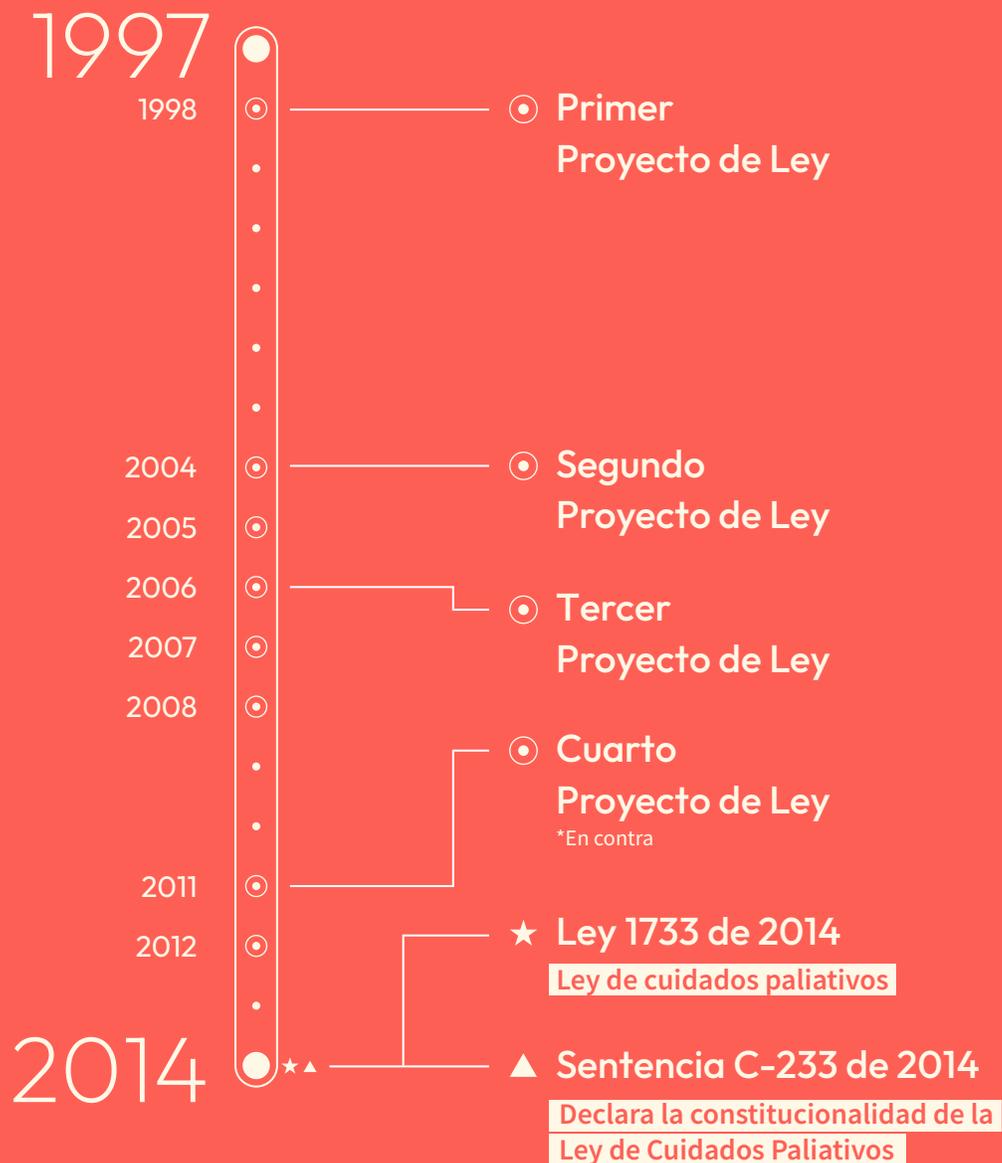
⁶⁶ Correa Montoya, Lucas, (2008). Litigio de alto impacto. Estrategias alternativas de ejercer el Derecho. En Revista de Derecho, Universidad del Norte, 30: pp. 247-267.

2

SEGUNDO MOMENTO

1997 - 2014

La latencia judicial y el bloqueo legislativo



- ▲ Sentencia
- Resolución
- ★ Ley
- 4 Proyectos de ley presentados en 9 oportunidades

una latencia judicial y el bloqueo legislativo. El Congreso discutió cuatro proyectos de ley sobre muerte digna en nueve oportunidades diferentes sin éxito alguno. Durante este momento se logró la discusión de una ley de cuidados paliativos que no aborda el derecho a morir dignamente y se encuentra una sentencia en donde se discute la constitucionalidad de la mencionada ley.

En la Sentencia C-239 de 1997 la pregunta por la implementación de la eutanasia no fue abordada ni resuelta. Los profesionales de la medicina fueron puestos en un lugar difícil: debían verificar los requisitos dispuestos por la Corte y podían prestar una ayuda efectiva para morir. Sin embargo, nada los blindaba de un posible proceso penal, en el cual, debían probar que el procedimiento sí había cumplido con los requisitos. Esto lo hizo engorroso e inoperante dentro del Sistema de Salud colombiano.

El enorme revuelo público, mediático, académico y político generado por la Sentencia C-239 de 1997 no se tradujo en casos en donde las personas en Colombia solicitaran la eutanasia ante el Sistema de Salud ni en que acudieran a la acción de tutela en los casos en que les fuera negado el procedimiento. La emergencia y creación del derecho fundamental a morir dignamente en las más altas instancias judiciales se quedó anclada a las élites jurídicas, médicas y de los medios de comunicación; no se tradujo en una conciencia ciudadana del derecho, ni en conocimiento útil y cualificado para hacerlo efectivo de manera pública, transparente y en el marco del Sistema de Salud colombiano. Fue necesario esperar cerca de 17 años para que esa conciencia y ese conocimiento fueran creadas posteriormente en la sociedad colombiana con la ayuda de los testimonios reales de las personas y sus luchas y con la intervención de periodistas y medios de comunicación.

Por supuesto que se practicaron eutanasias, como seguramente se habían practicado durante décadas antes de la despenalización del procedimiento en 1997. Pero los procesos se llevaban a cabo, y en muchos casos continúan llevándose a cabo, de forma privada con implicaciones sociales, éticas y jurídicas negativas. Socialmente, sólo están disponibles para las personas que tienen capacidad de pago y las suficientes redes

sociales para llegar a los mencionados profesionales y las instituciones que los recomiendan. No se trata así del acceso democrático e igualitario a un derecho garantizado en el marco del Sistema de Salud, sino de un servicio reservado a las personas lo suficientemente privilegiadas para encontrarlo y pagarlo. La oscuridad en la que sucede hace que tampoco esté disponible para las personas en cualquier momento de sus vidas, a esta modalidad acceden personas con estados de salud frágiles y delicados que no se encuentren hospitalizadas.

La práctica privada del procedimiento implica riesgos éticos y jurídicos porque pueden encubrir una pendiente resbaladiza eugenésica. Dado que es sólo una persona quien verifica el cumplimiento de los requisitos y es la misma persona que lleva a cabo el procedimiento, cualquier tipo de control o verificación por parte de terceros es inexistente, el procedimiento no es público, no se registra y no consta en la historia clínica, es por supuesto un procedimiento riesgoso para personas en situación de vulnerabilidad, que no pueden manifestar su voluntad y que pueden ser fácilmente descartadas por sus familiares a través de este procedimiento.

Luego del primer momento de emergencia y creación del derecho, los actores del Sistema de Salud colombiano no lograron tener un rol definido, las empresas aseguradoras no tenían obligaciones concretas y las instituciones que prestaban servicios de salud no estaban obligadas a proveer el procedimiento; esto conllevó a que el nuevo derecho y la práctica de la eutanasia fueran inoperantes en la práctica médica y jurídica durante el segundo momento.

Se esperaba que, producto de la orden dada por la Corte Constitucional, el Congreso de la República la regulara a través de una legislación completa que resolviera los retos prácticos y creara los pasos concretos para hacer efectivo el derecho, pero esto no ha sucedido. El Legislador ha sido el gran ausente del proceso. Los pocos congresistas que han liderado la elaboración y discusión de proyectos de ley sobre el tema han encontrado solamente bloqueos y barreras para lograr una discusión amplia, democrática y efectiva para regular a profundidad este derecho.

Entre 1997 y 2014 el Congreso de la República tuvo la oportunidad de discutir **cuatro proyectos de ley diferentes presentados en nueve oportunidades**. Solo en una oportunidad se intentó regular en contra del derecho fundamental a morir dignamente y del precedente constitucional logrado hasta la fecha. Los demás proyectos buscaron desarrollar una legislación acorde con los avances logrados judicialmente.

El primer proyecto de ley fue presentado ante el Senado de la República en 1998 por Germán Vargas Lleras, en ese momento elegido por el Partido Liberal colombiano. Lastimosamente, esta propuesta terminó por ser archivada en menos de un año por falta de debate.

Posteriormente, en 2004, fue presentado el segundo proyecto de ley, en este caso por el senador Carlos Gaviria Díaz quien, en 1997, había sido magistrado ponente autor de la Sentencia C-239 de 1997. En 2002, el Senador Gaviria había sido elegido para el Congreso por un partido de izquierda denominado “Frente Social y Político”. Lastimosamente, esta propuesta también terminó por ser archivada igualmente por falta de debate.

En 2006 fue presentado el tercer proyecto de ley por el senador Armando Benedetti Villaneda del Partido de Unidad Nacional. Esta iniciativa iba mucho más allá y buscaba no solo regular la eutanasia —como lo había exhortado la Corte Constitucional al Congreso en 1997—, sino que también buscaba regular el suicidio médicamente asistido y fijar mecanismos de evaluación y control a los procedimientos a través de la creación de una comisión nacional. Entre 2006 y 2014, este proyecto de ley fue presentado en cinco oportunidades por el senador Benedetti, unas veces solamente por él y otras veces acompañado por otros senadores. De esas cinco oportunidades, dos veces fue aprobado en primer debate (2008 y 2012). En el debate de 2008 el proyecto de ley llegó a la plenaria del Senado y allí fue archivado. En las otras tres oportunidades fue archivado sin debate en Comisión (2006, 2007 y 2014).

En 2011 se presentó el primer y único proyecto de ley que no buscaba regular el derecho a morir dignamente ni desarrollar el precedente judicial sobre la materia, sino que buscaba eliminarlo. El proyecto fue presentado

por el senador Carlos Alberto Zuluaga Díaz del Partido Conservador colombiano en conjunto con miembros de otros partidos, incluido el Partido de Unidad Nacional, mismo partido del senador Benedetti Villaneda. El proyecto de ley fue debatido en la comisión del Senado y allí fue archivado el 11 de octubre de 2011.

Durante este segundo momento, el poder legislativo logró solamente debatir y aprobar la **Ley 1733 de 2014**⁶⁷, una ley referida al acceso a los cuidados paliativos para las personas que tienen enfermedades en estado terminal o enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles con un alto impacto en la calidad de vida. Esta ley se enfoca en el derecho a recibir cuidados paliativos y regula el deber del Sistema de Salud a prestarlos. La ley no menciona el derecho a morir dignamente, ni la eutanasia como mecanismo para acceder a él.

En su artículo 4 la Ley 1733 de 2014 define los cuidados paliativos de la siguiente manera: “[...] son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, 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. **La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad**”⁶⁸. Su aproximación a los cuidados paliativos es conservadora y no los define como parte del derecho a morir dignamente.

La mencionada ley también es tímida cuando se refiere a la AET. En la definición de cuidados paliativos se indica que: “[...] el médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales, siempre y cuando el paciente no sea apto para donar órganos”⁶⁹. De esta forma, La

⁶⁷ República de Colombia, Ley 1733 de 2014, art. 5 (1).

⁶⁸ Ibid., art. 4.

⁶⁹ Ibid., art. 4.

La emergencia y creación del derecho fundamental a morir dignamente en las más altas instancias judiciales se quedó anclada a las élites jurídicas, médicas y de los medios de comunicación; no se tradujo en una conciencia ciudadana del derecho, ni en conocimiento útil y cualificado para hacerlo efectivo.

AET se menciona de manera tangencial, supeditada a los cuidados paliativos, en momentos de muerte cerebral y no la reconoce como una definición autónoma ni como un mecanismo del derecho a morir dignamente.

A pesar de no buscar regular el derecho a morir dignamente, la Ley presenta unas definiciones útiles para volverlo operativo en los años que seguirán. En primer lugar, define la persona enferma en estado terminal y; en segundo lugar, define la enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

Además de las definiciones, la ley reconoce algunos derechos del rango legal: el derecho a recibir cuidados paliativos, a recibir información, tanto de parte del paciente⁷⁰ como por parte de la familia⁷¹, el derecho a acceder a una segunda opinión⁷², el derecho de los niños, niñas y adolescentes a recibir cuidados paliativos⁷³.

El derecho a manifestar la voluntad de manera anticipada⁷⁴ es una de las principales innovaciones de la ley. Desde hacía décadas la sociedad civil había fomentado este tipo de decisiones a través de la suscripción de documentos como los testamentos vitales y los documentos de voluntad anticipada (DVA). Sin embargo, dichos documentos se llevaban a cabo en uso de la autonomía de la voluntad personal, pero su contenido, formalización y obligatoriedad para el Sistema de Salud no estaban legalmente determinados. No obstante, la Ley no indica que estos documentos puedan o no usarse para manifestar la voluntad en lo que a la eutanasia se refiere. En ese sentido, como se ahondará más adelante, el Ministerio de Salud y Protección, a través de las Resoluciones 1051 de 2016⁷⁵ y 2665 de 2018⁷⁶, reglamentó de manera detallada la materia en años siguientes.

Finalmente, la Ley 1733 de 2014 crea la obligación de las entidades que hacen parte del Sistema de Salud de contar con una amplia red de prestadores de servicios de cuidados paliativos y obliga al Ministerio de Salud y Protección Social a monitorearla.

El contenido de la Ley 1733 de 2014 fue analizado por la Corte Constitucional a través de la **Sentencia C-233 de 2014**⁷⁷. Esto sucedió porque el Presidente de la República ejerció la prerrogativa de objetar su constitucionalidad⁷⁸ al momento de su firma y promulgación. El proyecto de ley fue remitido nuevamente al Congreso y a la Corte para el estudio de las objeciones presidenciales.

En esta decisión, La Corte reiteró su jurisprudencia sobre el derecho a recibir cuidados paliativos, su relación con el derecho a la salud y a la dignidad humana y, particularmente, estableció que los cuidados paliativos no buscan apresurar, ni causar directamente la muerte, ni posponerla y, por tanto, son diferentes a la muerte médicamente asistida.

La Corte analizó los documentos de voluntad anticipada como una herramienta para manifestar la voluntad por parte de los pacientes, al hacerlo, solamente tuvo en cuenta la posibilidad de rechazar tratamientos que se consideren inútiles para curar o mejorar la situación de salud, es decir, para ejercer el mecanismo de la AET. La Corte evitó analizar los DVA en clave del derecho a morir dignamente e indicó que a través de estos documentos no se toman decisiones sobre lo que ella denomina terminación anticipada de la vida o lo que es lo mismo, la MMA. Esta posición cambiará en el futuro pues, a través de los DVA, sí es posible manifestar el consentimiento en relación con el derecho a morir dignamente y, en particular, sobre la AET y la MMA.

Finalmente, la Corte declaró que la mencionada ley no abordaba el derecho a morir dignamente y que no estaba sometida a la reserva estatutaria y por tanto fue declarada constitucional⁷⁹ y fue finalmente sancionada por el Presidente de la República.

Durante este segundo momento del proceso, el derecho a morir dignamente no tuvo desarrollos significativos, ni en el plano jurídico ni en el plano práctico. Los efectos simbólicos de la Sentencia C-239 de 1997 quedaron anclados en círculos de discusión de élite, abogados,

⁷⁰ Ibid., art. 5 (2).

⁷¹ Ibid., art. 5 (2) y (7).

⁷² Ibid., art. 5 (3).

⁷³ Ibid., art. 5 (6).

⁷⁴ Ibid., art. 5 (4).

⁷⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1051 de 2016, por medio de la cual se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Derogada por la Resolución 2665 de 2018.

⁷⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2665 de 2018, por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada

⁷⁷ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-233 de 2014 (MP: Alberto Rojas Ríos).

⁷⁸ República de Colombia, Constitución Política de 1991, art. 167.

⁷⁹ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-233 de 2014 (MP: Alberto Rojas Ríos).

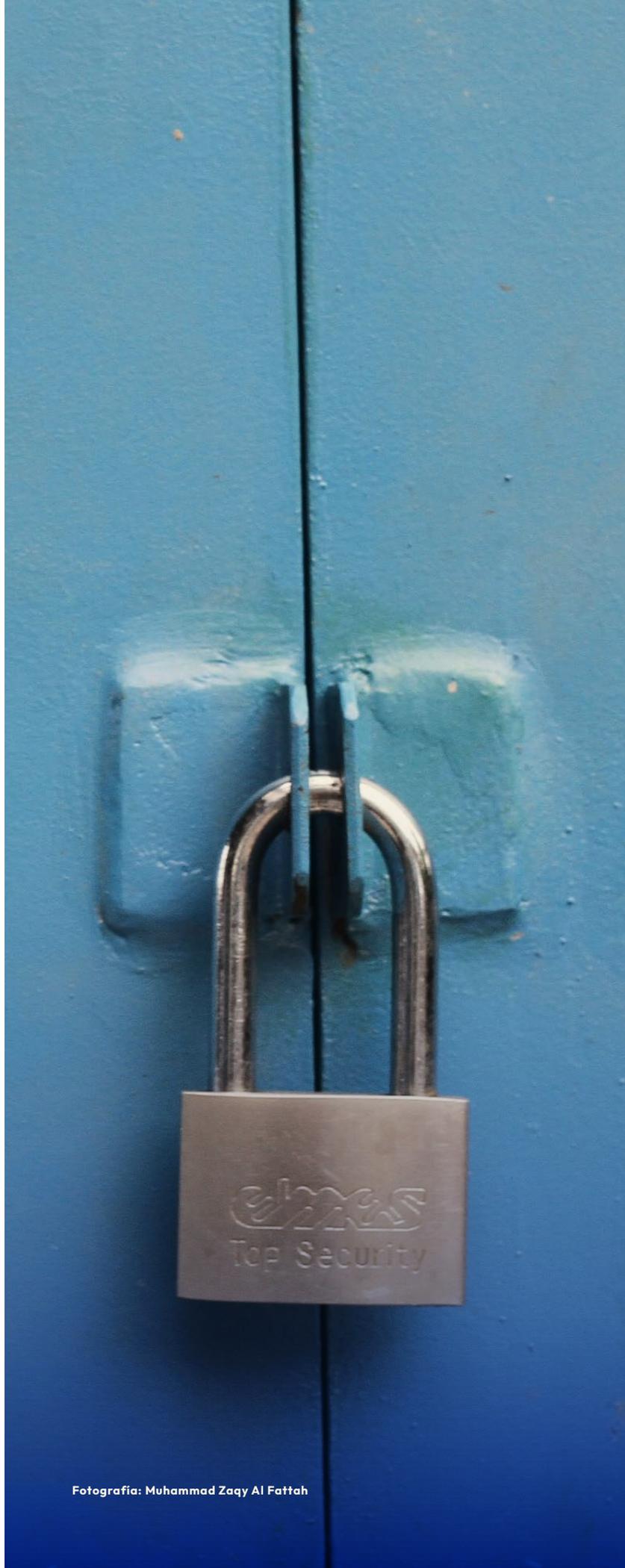
médicos y periodistas, pero no la ciudadanía. Algunos legisladores intentaron repetidamente durante este tiempo regular el derecho y abordar un mecanismo completamente novedoso para la época: la asistencia médica al suicidio, pero sus intentos fueron infructuosos. La ciudadanía y las organizaciones tampoco se movilizaron para solicitar el procedimiento ante el Sistema de Salud colombiano y, por esa vía, fortalecer el proceso de emergencia y creación del derecho, fueron 17 años de latencia judicial y bloqueo legislativo.

Tercer momento: el vertiginoso desarrollo e implementación (2014 - 2020)

A partir del año 2014, el derecho a morir dignamente sale del estado de latencia judicial para ir más allá del papel y comenzar a desarrollarse de forma amplia y profunda a través de los diversos casos que llegaron a los jueces y que fueron revisados por la Corte Constitucional colombiana. A lo largo de este momento comienzan a registrarse los primeros casos en los que las personas solicitaron el procedimiento que no se había reglamentado, quienes encontraron barreras en el marco del Sistema de Salud y se vieron obligados a utilizar los mecanismos judiciales para tratar de resolver las vulneraciones de derechos a las que se vieron enfrentados.

Producto de estos casos, la Corte Constitucional fijó las reglas para hacer efectivo el derecho, tanto en personas mayores como en menores de edad, exigió la creación de un mecanismo de registro de procedimientos, llevó a cabo acciones de monitoreo y seguimiento a las órdenes impartidas, profundizó en el requisito del sufrimiento psicológico, permitió que terceras personas hicieran la mejor interpretación de la voluntad de quien no puede manifestar el consentimiento y, ordenó medidas de reparación simbólica.

Con estos avances, el poder ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, se vio obligado a reglamentar la materia acorde con los avances del precedente constitucional y a brindar reglas claras a los actores del Sistema de Salud para actuar y garantizar el derecho a morir dignamente.

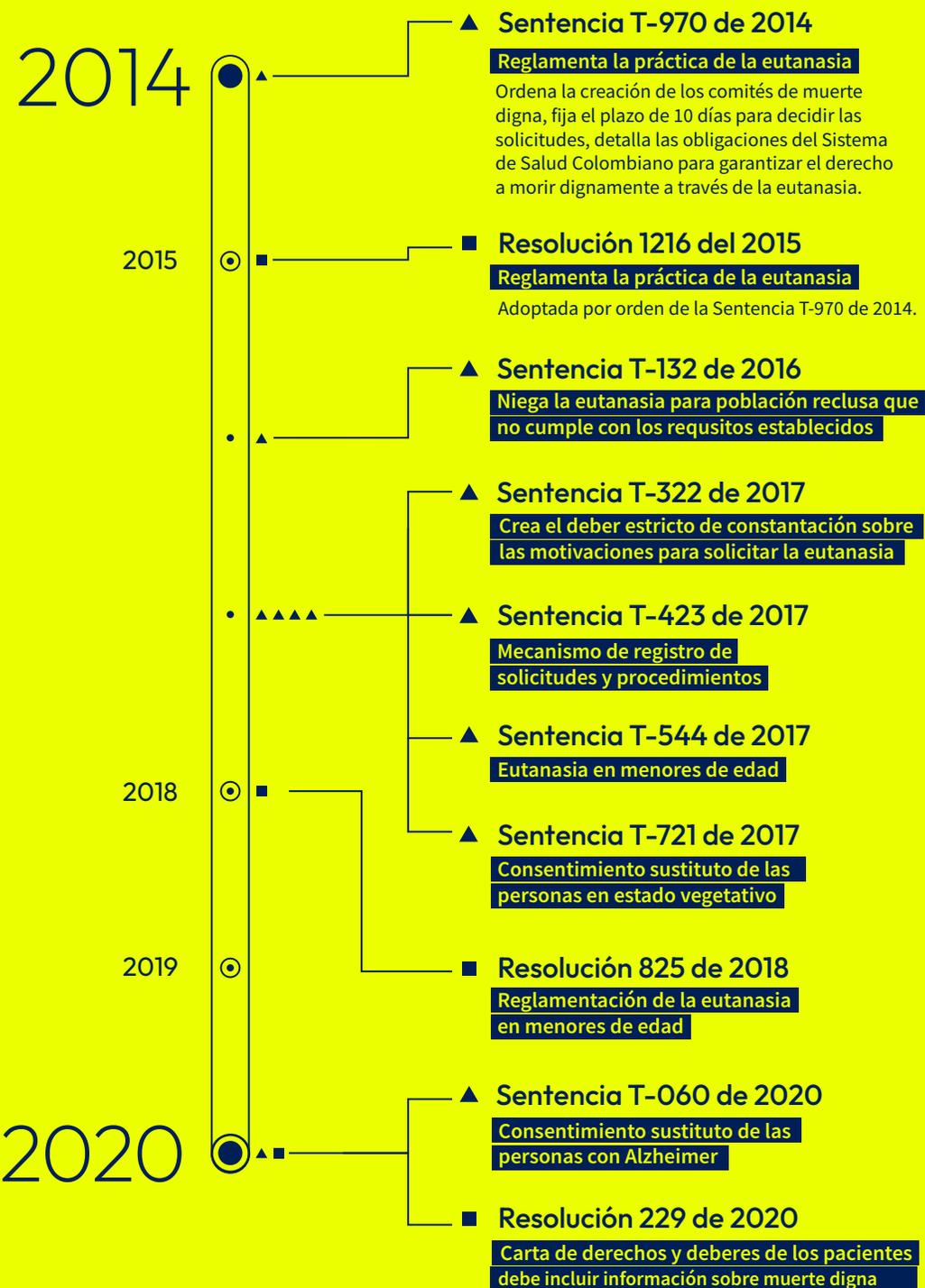


3

TERCER MOMENTO

2014 - 2020

El vertiginoso desarrollo e implementación



▲ Sentencia

■ Resolución

★ Ley

◎ 3 Proyectos de ley presentados en 7 oportunidades

Por otra parte, los medios de comunicación comenzaron a hacer visibles casos y luchas de personas que tomaron decisiones autónomas sobre el fin de sus vidas y que encontraron barreras y dificultades para ejercer su derecho a morir dignamente. Los medios aportaron, a través del reporte de estos casos, en el posicionamiento y transformación positiva de los imaginarios y narrativas sobre un tema tan difícil de comunicar como la muerte. Finalmente, el poder legislativo debatió múltiples proyectos de ley para regular la materia sin éxito alguno.

Este momento es el más prolífico en producción normativa hasta la fecha: siete sentencias⁸⁰, tres proyectos de ley discutidos siete veces en el Congreso de la República y cinco resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social⁸¹ integran los avances normativos sobre la materia.

Como segundo hito, la **Sentencia T-970 de 2014**⁸² marca un nuevo momento en el proceso de emergencia del derecho a morir dignamente. A través de esta decisión, la Corte Constitucional analizó un caso de una mujer en Medellín (Antioquia) quien durante cinco años vivió con cáncer de colon hasta ver altamente deteriorada su salud y su calidad de vida, razón por la cual accedió a cuidados paliativos y, posteriormente, desistió de algunos procedimientos médicos. Finalmente, solicitó a su médico tratante que la ayudara a poner fin a su vida a través de la eutanasia. El profesional se negó por considerarlo un “homicidio que no podía consentir”⁸³.

La entidad aseguradora dentro del Sistema de Salud colombiano negó la solicitud de eutanasia aduciendo que, si bien existía la Sentencia C-239 de 1997 en donde se había despenalizado el homicidio por piedad, ni el Congreso de la República ni el Ministerio de Salud y Protección Social habían regulado la materia. Adujo, además, que no podía obligar a ningún profesional de la medicina a actuar en contra de su conciencia y creencias.

El juez de primera instancia le dio la razón a la entidad aseguradora y negó que se hubiera vulnerado derecho alguno. Estableció que la materia no había

sido regulada específicamente ni por el Congreso de la República ni por el Ministerio de Salud y Protección Social y, por tanto, la norma que era aplicable era el artículo 11 de la Constitución Política que establecía la inviolabilidad del derecho a la vida⁸⁴.

La Corte Constitucional seleccionó el caso para su revisión y a través de él tuvo —por primera vez— la oportunidad de abordar las barreras que enfrentaban las personas para acceder al derecho a morir dignamente a través de la eutanasia por la falta de reglamentación específica de la materia, esto generado por el bloqueo legislativo experimentado desde 1997 el cual se relató detalladamente en el momento anterior.

A través de esta sentencia, la jurisprudencia constitucional colombiana logró transitar de los avances conceptuales y teóricos logrados a través de la Sentencia C-239 de 1997 en el primer momento a hacer operativo el derecho y a su aplicación real por parte de los actores del Sistema de Salud colombiano.

Esta decisión hace varios aportes que marcan el inicio del vertiginoso desarrollo del derecho a morir dignamente en Colombia. En primer lugar, se reafirma el derecho a morir dignamente como un **derecho de naturaleza fundamental** dentro de la Constitución Política y el bloque de constitucionalidad. Aunque la Sentencia C-239 de 1997 lo había abordado tangencialmente, en la Sentencia T-970 de 2014 se consolida de manera definitiva. Emerge así el **derecho fundamental a morir dignamente: un derecho complejo, autónomo, de aplicación inmediata que no requiere de la intermediación del legislador y protegible a través de la acción de tutela**.

Mediante esta decisión judicial, la Corte Constitucional estableció que el derecho a morir dignamente había emergido desde el año 1997 y terminó por consolidarlo como derecho fundamental en el 2014. La característica de derecho fundamental la sustentó en tres características. **Primero**, en el hecho de tener la muerte digna una relación directa y esencial con la dignidad humana. **Segundo**, el hecho de haber consensos dogmáticos

.....

⁸⁰ Cfr. (1). Corte Constitucional colombiana Sentencia T-970 de 2014. (2) Sentencia T-132 de 2016. (3) Sentencia T-322 de 2017. (4) Sentencia T-423 de 2017/ (5) Sentencia T-544 de 2017. (6) Sentencia T-721 de 2017. (7) Sentencia T-060 de 2020.

⁸¹ Cfr. (1) Resolución 1216 de 2015 (derogada). (2) Resolución 1051 de 2016 (derogada). (3) Resolución 2665 de 2018. (4) Resolución 825 de 2018. (5) Resolución 229 de 2020.

⁸² Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Constitución Política de 1991, art. 11. “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

sobre el derecho. **Tercero**, en el hecho de que la muerte digna fuera traducida en un derecho subjetivo, en el cual los actores estuvieran identificados y la relación y obligaciones impuesta fueran claras.

La Corte, de esta manera, cerró la discusión conceptual estableciendo que:

[...] el derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía, así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría⁸⁵.

En esta decisión, la Corte abordó de forma tangencial diferentes mecanismos para acceder a la muerte digna que estaban vigentes para la época: el acceso a cuidados paliativos, la posibilidad de rechazar tratamientos y procedimientos médicos y la eutanasia. En esta sentencia, la Corte no hizo una apuesta por conceptualizar el derecho a morir dignamente más allá de los mecanismos disponibles hasta la fecha para hacerlo efectivo.

En segundo lugar, la Corte abordó las distintas formas y momentos en que las personas pueden manifestar el consentimiento en los casos en que se busca acceder al derecho a morir dignamente. Tejiendo sobre lo establecido en la Sentencia C-239 de 1997, la Corte estableció que el consentimiento tiene tres características: libre, informado e inequívoco y las llenó de contenido:

Libre implica que no existan presiones de terceros sobre su decisión. Lo determinante es que el móvil de la decisión sea la genuina voluntad del paciente de poner fin al intenso dolor que padece. Además el consentimiento debe ser **informado**, motivo por el cual los especialistas deben brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que no se tomen decisiones apresuradas pues de lo que se trata es de

disponer de la vida misma del ser humano. Finalmente, el consentimiento tendrá que ser **inequívoco**. Una decisión como la que aquí se construye lo que pretende, en principio, es la protección de la vida del paciente y de su propia voluntad, por tanto, mediante este requisito se busca asegurar que la decisión del paciente de provocar su muerte sea consistente y sostenida, es decir, que no sea el producto de episodios anímicos críticos o depresivos⁸⁶.

Además de estas características, la Corte abordó los momentos en que el consentimiento podía ser expresado. En la decisión se estableció que podía ser **anticipada** o previa a tener conocimiento de la enfermedad que desencadena la decisión de acceder a los mecanismos provistos por el derecho a morir dignamente. También podía ser **posterior** al conocimiento de dicha enfermedad⁸⁷.

En la mencionada Sentencia, la Corte estableció que el consentimiento podía ser **informal**, es decir, expresado de forma verbal, en conversaciones cotidianas, a través de cualquier medio posible o; también podía ser **formal**, manifestado a través de documentos de voluntad anticipada, escritos, en audio o en vídeo, siempre que cumplieran con las condiciones mínimas establecidas por las normas⁸⁸.

Igualmente, el consentimiento puede ser manifestado de forma **directa** por quien toma decisiones sobre su propia vida y muerte y de manera **sustituta**, “cuando la persona que sufre de una enfermedad terminal se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento. En esos casos y en aras de no prolongar su sufrimiento, la familia podrá manifestar el consentimiento brindándole apoyos a través del principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias. En esos eventos, se llevará a cabo el mismo procedimiento establecido en el párrafo anterior, pero el comité interdisciplinario deberá ser más estricto en el cumplimiento de los requisitos”⁹⁰.

⁸⁵ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Actualmente, la sustitución debe ser entendida en el marco del pleno reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas y de su derecho a recibir apoyos para ejercerla. Por ello, la red de apoyo no sustituye ni reemplaza el consentimiento, sino que, le brinda

apoyos formales para hacer la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona que, por alguna razón, no puede manifestar su voluntad en un momento dado. Cfr. Correa Montoya, Lucas, Giraldo Castaño, Mónica y Jaramillo Salazar, Camila, (2023). Interpretar la voluntad en el fin de la vida. Lineamientos para garantizar los derechos a la capacidad jurídica y a la muerte digna. Bogotá: DescLAB. 43 p.

⁹⁰ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

En tercer lugar, la Corte abordó la desprotección de los derechos de las personas ante la falta de regulación legal sobre el derecho a morir dignamente. La latencia legislativa, el hecho que el Congreso de la República hubiera debatido varios proyectos de ley sin resultado concreto alguno, se había convertido en una barrera para las personas y este caso fue una oportunidad para hacerla visible y corregirla.

Partiendo de su jurisprudencia anterior, particularmente la Sentencia C-139 de 1996, la Corte estableció que la Constitución tiene efectos normativos directos, su aplicación y vigencia tiene efectos inmediatos y, su aplicación no depende de la existencia de una norma de nivel inferior, fuere legislativa o reglamentaria. La Corte reconoció que la labor del poder legislativo en la protección de los derechos fundamentales es muy importante, pero dado que la Constitución es norma de normas, su contenido jurídico incide directamente en la vida de las personas y en los derechos de los cuales son titulares⁹¹.

La Corte no se quedó en indicar que la falta de legislación no podía ser un obstáculo, sino que le ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social emitir una directriz dirigida a los actores del Sistema de Salud colombiano siguiendo los lineamientos establecidos en la decisión y construir un protocolo médico que sirva como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente⁹².

La Corte Constitucional comenzó por establecer los criterios generales que deben ser observados por los diferentes actores del Sistema de Salud. Primero, estableció la **prevalencia de la autonomía del paciente**. Este criterio implica que los actores del Sistema de Salud obligados deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad del paciente y, ésta, sólo podrá ser controvertida bajo situaciones objetivas e imparciales⁹³.

Segundo, estableció los criterios de **celeridad y oportunidad**. Estos implican que el derecho a morir dignamente no pueda suspenderse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva a la persona que lo solicita.

A la par, significan que el trámite y decisión de las solicitudes debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen al paciente del goce efectivo del derecho⁹⁴.

Tercero, estableció el criterio de **imparcialidad**. Éste implica que los profesionales de la salud deben ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No pueden sobreponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso que conduzcan a negar el derecho. A la par, en los casos en que el médico alegue dichas convicciones, no podrá ser obligado a realizar el procedimiento, pero tendrá que reasignarse a otro profesional para llevarlo a cabo⁹⁵.

Además de fijar los criterios generales, la Corte fue un paso más allá y ordenó la creación de **instancias colegiadas** dentro de las clínicas, hospitales e instituciones que prestan servicios de salud, para que analizaran y decidieran las solicitudes relativas al acceso al derecho a morir dignamente, particularmente a través de la muerte médicamente asistida. Estas instancias fueron denominadas por la Corte Constitucional como **comités científico-interdisciplinarios** y, de acuerdo con la decisión judicial, son:

[...] un grupo de expertos interdisciplinarios que cumplirán varias funciones cuando se esté en presencia de casos en los que se solicite el derecho a morir dignamente. Entre otras labores que determine el Ministerio, el comité deberá acompañar a la familia del paciente y al paciente en ayuda psicológica, médica y social, para que la decisión no genere efectos negativos en el núcleo familiar, ni en la situación misma del paciente. Esa atención no puede ser formal ni esporádica sino que tendrá que ser constante, durante las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho. Además, dicho comité deberá ser garante y vigilar que todo el procedimiento se desarrolle respetando los términos de esta sentencia y la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Igualmente, en caso de detectar alguna irregularidad, deberá suspender el procedimiento y poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible comisión de una falta o de un delito, si a ello hubiere lugar⁹⁶.

• • • • •

⁹¹ Ibid.
⁹² Ibid.
⁹³ Ibid.
⁹⁴ Ibid.
⁹⁵ Ibid.
⁹⁶ Ibid.

La Corte fijó también una **ruta y plazos** precisos que deben ser cumplidos por los actores del Sistema de Salud. Primero, la Corte creó la obligación de los médicos de recibir las solicitudes de acceso a la muerte digna y la obligación de ese médico receptor a convocar el comité científico interdisciplinario que debe existir en la institución para que éste comience su actividad⁹⁷. Esta actividad del comité está sometida a un plazo expedito de diez días calendario, en este tiempo esta instancia colegiada deberá analizar y decidir la solicitud⁹⁸.

En el marco de esa ruta, la Corte reconoció el rol principal de los médicos y prestadores de servicios de salud cuando al acceso al derecho a morir dignamente se refiere, son ellos “los principales obligados respecto de la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectiva la voluntad del paciente de ejercer su derecho a morir dignamente”⁹⁹. No obstante, esto no significa que sus obligaciones no tengan límites y que puedan ser obligados a actuar en contra de su conciencia. En la decisión, la Corte **protegió su derecho a ejercer la objeción de conciencia** y estableció condiciones y obligaciones para que el eventual ejercicio de ese derecho no se convierta una barrera para el ejercicio del derecho a morir dignamente. Para ello, la Corte indicó que “en el caso de los profesionales de la salud encargados de intervenir en el procedimiento, las convicciones personales que eventualmente puedan oponer al cumplimiento de este deber no pueden constituirse en un obstáculo para la plena vigencia de los derechos fundamentales del paciente. Si se presenta esta eventualidad, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que el médico, por escrito, argumente sus razones por las cuales realizar el procedimiento va en contravía de sus convicciones personales, deberá reasignarse otro profesional de la salud para que realice el procedimiento”¹⁰⁰.

La Corte, adicionalmente, creó la **obligación de reporte y registro** de los procedimientos al establecer la obligación a los comités de enviar un documento al Ministerio de Salud y Protección Social en el cual se consignen todos los hechos y condiciones que rodearon el procedimiento a fin de que esa entidad realice un control exhaustivo sobre el asunto.

.....

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Ibid.



Fotografía: Catrin Johnson

una enfermedad terminal y adujo que se encontraba solo y no tenía quien le proveyera la ayuda y el cuidado que necesitaba, pues no podía caminar bien y estaba próximo a usar una silla de ruedas. Posteriormente acudió al juzgado y, verbalmente, interpuso una acción de tutela que fue negada.

A través de esta sentencia, la Corte Constitucional creó **el deber estricto de constatación** que le asiste al juez de tutela, cuando ante sí, se encuentren casos relacionados con el derecho a morir dignamente:

El juez de tutela tiene un deber estricto de constatación de los hechos, en las acciones de tutela que reclamen el derecho a morir dignamente. La decisión de morir de forma digna es independiente del amor por la vida de una persona y se da cuando quien sufre de una enfermedad terminal renuncia a una existencia sin dignidad, sin que esto signifique un desprecio por la vida. En estos casos, existe la obligación del juez de tutela de garantizar el derecho a la vida y a la dignidad humana, implica que el juez actúe con la convicción que al tratarse del derecho a la vida que, además, es la base para la garantía de los demás derechos. Por esta razón es fundamental que el juez constitucional se cerciore del contexto fáctico de cada caso, así como de la capacidad de la persona de manifestar su voluntad, especialmente tratándose de una petición tan radical como lo es la práctica de la eutanasia¹¹¹.

Este deber estricto de constatación debe llevar al juez de tutela a conocer y profundizar en la realidad social en que se dan los hechos¹¹², esto para verificar que la solicitud de muerte digna no esté fundamentada en la vulneración de otros derechos, no sea un acto de desesperanza producto de situaciones que pueden ser resueltas a través de la acción de tutela.

A través de la **Sentencia T-423 de 2017**¹¹³, la Corte analizó el caso de una mujer de 24 años con un cáncer agresivo en etapa terminal en San Vicente de Arauca (Arauca). La mujer se sometió a los tratamientos prescritos los cuales resultaron ineficaces y le producían efectos secundarios que no le permitían realizar las actividades del día a día, razón por la cual desistió de las quimioterapias. La mujer, con el apoyo de su madre,

solicitó directa y expresamente tanto al médico como a la institución hospitalaria donde la atendían que se le garantizara su derecho a morir dignamente a través de la eutanasia. El médico no tramitó su solicitud y el hospital se negó por considerar que, ante la falta de un oncólogo, no le era posible convocar el Comité Científico-Interdisciplinario que ordenaba la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar y decidir el caso.

El juez de primera instancia protegió el derecho a morir dignamente de la mujer y ordenó, entre otras, que la empresa aseguradora dispusiera todo lo necesario para convocar el Comité para evaluar el caso y la realización del procedimiento. Al encontrarse en una ciudad intermedia en donde, aparentemente, la red hospitalaria no cumplía con los estándares ni las habilitaciones necesarias, la entidad aseguradora debió gestionar su traslado a otra ciudad en donde los servicios de salud necesarios estuvieran disponibles.

El traslado se efectuó, sin embargo, la institución hospitalaria que recibió el caso no había sido informada del objetivo de este y hubo demoras y retrasos con la historia clínica. Los obstáculos y barreras generaron una carga emocional y física para la mujer y su familia por cuenta de que el personal administrativo no tenía clara la ruta para hacer efectivo el derecho a morir dignamente. Finalmente, el procedimiento estuvo lleno de dudas e irregularidades, en lugar de una eutanasia se practicó una sedación terminal que duró cerca de 12 horas¹¹⁴.

En esta decisión judicial la Corte Constitucional nombró al derecho a morir dignamente como un derecho fundamental autónomo y complejo, tal como lo había establecido en la Sentencia T-970 de 2014. A la vez, fue una oportunidad para revisar las graves barreras administrativas que persistían, y que aún lo hacen, a pesar de las reglas y los lineamientos establecidos previamente en la jurisprudencia y en la reglamentación vigente para la época.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

¹¹³ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-423 de 2017 (MP: Iván Humberto Escruera Mayolo).

¹¹⁴ En declaraciones a la Corte Constitucional, la madre de la mujer estableció que: “El 7 de enero de 2017 el director de la clínica FOSCAL debió apersonarse del caso, por lo que a las 3:30 pm se inició el procedimiento de eutanasia, y el 8 de enero de 2017 siendo aproximadamente las 4:30 am Sofía descansó en paz”.

La Corte verificó que, a pesar de que desde la Sentencia T-970 de 2014 y en la Resolución 1216 de 2015 se había creado la obligación a los Comités de reportar los procedimientos realizados al Ministerio de Salud y Protección Social, esta obligación era incompleta pues sólo se reportaban los procedimientos efectivamente realizados y no era posible hacer un monitoreo desde el momento mismo en que la persona hacía la solicitud. Por ello, le ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social la creación de un **mecanismo de registro** eficaz que permitiera monitorear los procedimientos de eutanasia, desde el mismo momento en que las personas lo solicitan y no solamente cuando el procedimiento se practicara. Esta orden no fue cumplida inmediatamente y fue necesario llevar a cabo un proceso de presión judicial para lograrlo cuatro años después en el 2021.

La Corte también ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud que monitoreara la correcta implementación del derecho a morir dignamente y que supervisara que los prestadores de servicios de salud contaran con la infraestructura y el personal idóneo para llevar a cabo el procedimiento eutanásico. Esta orden desencadenó, también cuatro años después, la expedición en el 2021 de una circular¹¹⁵ por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En relación con la necesidad de una regulación por parte del poder legislativo, la Corte exhortó nuevamente al Congreso de la República a expedir una ley sobre la materia. Al hacerlo fue más allá y le impuso un plazo de dos años. Dicho plazo venció sin ser cumplido.

Finalmente, la Corte ordenó que se llevara a cabo un acto público de desagravio en el cual se ofrecieran disculpas a la familia de la mujer cuyos derechos de vulneraron y en el cual debían estar presentes directivas del hospital local que vulneró sus derechos, de la empresa aseguradora y del Ministerio de Salud y Protección Social.

A través de la **Sentencia T-544 de 2017**¹¹⁶, la Corte analizó el caso de niño con discapacidad intelectual congénita y con dificultades de comunicación, cuyo estado de salud era complejo y delicado. Él y su familia

enfrentaban difíciles barreras para acceder al Sistema de Salud y a las prestaciones que requerían. Producto del grave estado de salud, sus padres solicitaron que se le practicara la eutanasia. No recibieron respuesta alguna y, por ello, acudieron a las vías judiciales para proteger los derechos de su hijo.

A través de este caso la Corte aclaró que, en su jurisprudencia, no hay restricción alguna de edad para garantizar el derecho a morir dignamente, y que, cuando la Resolución 1216 de 2015 reguló el procedimiento para acceder a la muerte digna por medio de la eutanasia únicamente para mayores de edad, desconoció derechos fundamentales de un grupo que goza de especial protección constitucional: los niños, niñas y adolescentes¹¹⁷. No es admisible, reconoció la Corte, que mientras a las personas mayores de edad no se les exige continuar con su existencia vital en casos en enfermedades y sufrimientos incompatibles con su idea de dignidad, a los niños, niñas y a adolescentes si se les imponga la obligación irrestricta de vivir¹¹⁸.

Al momento de fallar, el niño con discapacidad ya había fallecido luego de haber accedido a cuidados paliativos por un corto tiempo y permanecer sedado para evitarle el dolor y la angustia mientras la muerte llegaba de forma natural. La Corte tomó una serie de órdenes estructurales: la primera de ella, orientada a que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentara el procedimiento eutanásico para niños, niñas y adolescentes y expidiera un protocolo específico que orientara a los actores del Sistema de Salud.

En esta decisión, la Corte reconoció que el Sistema de Salud y los comités que deciden las solicitudes de muerte digna deben actuar de forma aún más estricta cuando se trata niños, niñas y adolescentes. La verificación del consentimiento debe ser estricta, debe consultarse la voluntad de la persona menor de edad, atender a su nivel de madurez y desarrollo, se debe contar el consentimiento tanto del padre como de la madre, y en casos de operar el consentimiento sustituto la labor de quienes integran el comité debe ser más estricta que en los casos de los mayores de edad.

• • • • •

¹¹⁵Superintendencia Nacional de Salud, (2021). Circular Externa 20211700000006-5 del 17 de septiembre de 2021.

¹¹⁶ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-544 de 2017 (MP: Gloria Stella Ortiz Delgado).

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Ibid.

La Corte llegó, en las órdenes de esta sentencia, a un punto más avanzado en su esfuerzo por lograr que el Congreso de la República regulara el asunto. A diferencia de las sentencias anteriores en donde lo exhortaba a regular la materia, en este caso toma la decisión de ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que, usando la iniciativa legislativa que le otorga la Constitución Política¹¹⁹, presentara un proyecto de ley sobre la materia. Años después, el Ministerio de Salud y Protección Social presentaría un proyecto de ley estatutaria para cumplir la orden judicial, pero sin ningún esfuerzo porque fuera realmente discutido y adoptado; dicha iniciativa terminó por hundirse en el proceso legislativo algunos meses después.

Es en la Sentencia T-544 de 2017 en donde la oposición al interior de la Corte se hizo visible para la audiencia general. A través de la aclaración de voto, la magistrada disidente¹²⁰ argumentó su posición sobre tres aspectos. En primer lugar, sobre la discusión de la coexistencia del derecho a la vida y del derecho a la muerte digna, como derechos relacionados, la Magistrada argumentó que:

[...] en cierto modo el reconocimiento simultáneo del derecho a la vida y el derecho a ejecutar o autorizar acciones directamente contrarias a la vida parece lógicamente imposible, o por lo menos no parece congruente con la exigencia de tomarse los derechos en serio. Reconocer simultáneamente el derecho a la vida y la legitimidad de acciones directamente occisivas es tan absurdo como reconocer el derecho a la propiedad y al hurto, o el derecho al buen nombre y a la injuria¹²¹.

En segundo lugar, en relación con las consideraciones sobre la vida digna, la magistrada disidente argumentó que la vida, como un hecho biológico, no puede dejar de ser digna, pues, la dignidad de la misma deriva del hecho de tenerla, de estar vivos:

La sentencia fundadora de la línea que hoy se recoge parece partir de la base de que existen condiciones en las que la vida deja de ser digna. Esta afirmación resulta incompatible con el modelo de Estado Social de Derecho, si se entiende como significativa de que la vida, en sí misma considerada, ha dejado de ser digna. En efecto,

la vida no es una simple operación entre muchas, sino que consiste en el ser mismo del viviente. Perder la vida, para un viviente es perder su propio ser¹²².

Por último, la discusión sobre la objeción de conciencia, particularmente, referida a las instituciones prestadoras de servicios de salud se refiere, tampoco ha sido pacífica. La magistrada disidente argumentó que:

[...] la Sentencia T-970 de 2014 convirtió la eutanasia en una obligación absoluta para todas las entidades prestadoras de salud. Esto último generó que el Ministerio de Salud, a través de la Resolución 1216 de 2015, impusiera a todas las IPS la obligación de tener personal médico no objetor, sin considerar la situación de las instituciones que prestan el servicio a la salud a la luz de un ideario ético religioso, las cuales se encuentran amparadas por el literal a) del artículo 14 de la Ley 133 de 1994, legislación de carácter estatutario por desarrollar el artículo 19 de la Constitución Política. Considero que no era jurídicamente necesario imponer esta restricción al derecho de fundar instituciones prestadoras del servicio de salud orientadas por ideales ético religiosos¹²³.

A la fecha, a través de la Resolución 971 de 2021, la objeción de conciencia institucional continúa prohibida. De hecho, sólo el profesional de la medicina que sea asignado para practicar el procedimiento de eutanasia puede hacer uso de la objeción de conciencia. Los profesionales de la salud y administrativos que participen de la solicitud y el trámite no pueden declararse objetores, ni tampoco los médicos a los que se le solicite información o ayuda en la asistencia al acceso de los servicios relacionados con la muerte digna.

El Ministerio cumplió con la orden de reglamentación de la eutanasia en niños, niñas y adolescentes a través de la **Resolución 825 de 2018**. A través de dicha norma se estableció que la toma de decisiones en el ámbito médico debe satisfacer las siguientes aptitudes: la capacidad de comunicar la decisión, la capacidad de entendimiento, la capacidad de razonar y la capacidad de juicio. No obstante, cuando por razones de discapacidad o evolución de la enfermedad no sea posible entender o

¹¹⁹ República de Colombia, Constitución Política de 1991, art. 154.

¹²⁰ Cfr. Aclaración de voto Cristina Pardo Schlesinger a la Sentencia T-544 de 2017 (MP: Gloria Stella Ortiz Delgado).

¹²¹ Ibid.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

comunicar la decisión, se brindarán los apoyos y ajustes razonables que permitan la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de dicha decisión¹²⁴.

En este apartado se presenta un problema central: en la práctica, se restringe la posibilidad de acceder a la eutanasia para personas que, como el niño del caso abordado en la Sentencia T-544 de 2017, probablemente por su desarrollo intelectual y por las dificultades de comunicación, no pueden entender ni manifestar la voluntad libre, informada e inequívoca de poner fin a su propia vida. Se presenta entonces la tensión entre una decisión personal y la eventual provisión de apoyos para manifestar el consentimiento, situaciones en las que deben evitarse las decisiones eugenésicas o decisiones derivadas del cansancio de las personas cuidadoras.

La Resolución 825 de 2018 introdujo un límite de edad para ejercer el derecho a morir dignamente a través de la eutanasia al detallar algunos momentos del desarrollo y de la forma cómo los niños, niñas y adolescentes entienden la muerte. En ese sentido, se indica que no es posible desarrollar el procedimiento en una persona menor de 12 años, salvo que, en edades cercanas, se establezca el nivel de madurez y desarrollo suficientes¹²⁵. No obstante, aunque está la posibilidad de evaluar cada caso concreto, la Resolución excluye de plano algunas poblaciones de la posibilidad de llevar a cabo el procedimiento. Primero, los recién nacidos o neonatos; segundo, los niños, niñas en la primera infancia, es decir, de 0 a 5 años; tercero, quienes presenten estados alterados de conciencia; cuarto, aquellos con discapacidades intelectuales; y quinto, aquellos con trastornos psiquiátricos que alteren la capacidad de entender, razonar y emitir un juicio reflexivo¹²⁶.

A través de la **Sentencia T-721 de 2017**¹²⁷, la Corte analizó el caso de una mujer en Bogotá, la capital de Colombia, quien se encontraba en estado vegetativo permanente con discapacidad derivada de un procedimiento médico realizado para abordar la epilepsia con la que había sido diagnosticada desde la infancia. Producto de la situación, no era posible establecer el dolor o sufrimiento que enfrentaba la mujer, dado que

la comunicación era inexistente. La familia relató su interpretación del dolor y sufrimiento a partir de los cambios en la respiración y en la condición de dependencia en que se encontraba.

Además de la eutanasia, la familia también había solicitado la AET, la cual no fue tramitada ni respondida y, la solicitud de acceso a cuidados paliativos fue negada directamente por el Sistema de Salud. La mujer falleció de manera natural, sin que se le practicara el procedimiento solicitado por su familia en el marco de múltiples trabas e irregularidades en la aplicación de la Resolución 1216 de 2015.

La mujer fue, en su momento, declarada interdicta¹²⁸ y sus representantes legales solicitaron a la entidad aseguradora realizar el procedimiento eutanásico. Al no recibir respuesta acudieron a las instancias judiciales. El juez de primera instancia falló a favor de la familia, pues encontró que, tanto la entidad aseguradora como la institución prestadora de servicios, vulneraron el derecho al no acogerse a lo dispuesto en la Resolución 1216 de 2015. Lo anterior debido a que la institución hospitalaria indicó que había convocado al Comité y que su decisión constaba en un acta, pero que esta era confidencial.

El juez de segunda instancia revocó la decisión y les dio la razón a las instituciones de salud. En la decisión se argumentó que sí hubo respuesta por parte del Comité y que, aunque el contenido era confidencial, la decisión fue negar el procedimiento porque no se cumplía lo establecido en la Resolución 1216 de 2015. Particularmente, se indicó que la mujer no tenía una enfermedad en estado terminal y que no había registro de manifestación anticipada del consentimiento, mucho menos prueba alguna de la decisión de la mujer —no de sus representantes ni su familia— de querer acceder a la eutanasia.

A través de esta decisión judicial definió el derecho fundamental a morir dignamente como **“un conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte”**¹²⁹. Además, se abordó y desarrolló su

124 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 825 de 2018, art. 2 (2.2).

125 Ibid., art. 2 (2.3).

126 Ibid., art. 3.

127 Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-721 de 2017 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo).

128 En Colombia, la Ley 1996 de 2019 eliminó la interdicción judicial a la que eran sometidas algunas personas con discapacidad.

129 Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-721 de 2017 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo).

multidimensionalidad. La Corte indicó que —para ese momento histórico— hacen parte de este derecho: el acceso a cuidados paliativos, la posibilidad de adecuar el esfuerzo terapéutico y el acceso a la eutanasia¹³⁰.

La Corte analizó la cuestión sobre el consentimiento sustituto a la luz de la Sentencia T-970 de 2014. Fue en el fallo del 2014 que se permitió esta figura y, por esto, la Corte concluyó que la reglamentación de la Resolución 1216 de 2015, al exigir que hubiera una manifestación previa del consentimiento, había vulnerado el derecho a morir dignamente. Nuevamente, la Corte estableció que una manifestación previa por escrito no era necesaria para que se apoyara a la persona en la toma de decisiones, y que exigirla, limitaba el ejercicio del derecho a quienes no podían tomar la decisión o no lo habían hecho mientras su estado de salud se los permitía.

Al momento de fallar, la Corte tomó dos decisiones estructurales. En primer lugar, ordenó al Ministerio de Salud adecuar la Resolución 1216 de 2015 en lo que al consentimiento sustituto se refiere. En segundo lugar, regular la forma de solicitar la AET, es decir, la limitación y el rechazo de las medidas asistenciales, y los tiempos para responder a esta solicitud. Finalmente, la Corte volvió a exhortar al Congreso de la República para que regulara la materia. A la fecha, ninguna de estas tres órdenes ha sido cumplidas.

A través de la **Resolución 229 de 2020**¹³¹ del Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento, entre otras, de la Sentencia T-423 de 2017, ordenó a las entidades aseguradoras y las instituciones que prestan servicios de salud que emitieran una carta de derechos y deberes la cual incluye elementos relevantes en relación con el derecho a morir dignamente.

Dentro de los contenidos mínimos que deben incluir las cartas de derechos y deberes, la Resolución estableció que debe haber información general que dé cuenta de la existencia del derecho fundamental a morir dignamente¹³². Adicionalmente, se aborda el derecho a ser informado oportunamente por su médico tratante

sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada en los casos relativos a la eutanasia. En tales casos, la objeción de conciencia debe ser informada a la institución prestadora de servicios de salud con anticipación y por escrito, de forma que pueda gestionarse efectivamente la atención inmediata por parte de un profesional no objetor¹³³.

La Resolución 229 de 2020 incluyó un capítulo específico referido al derecho fundamental a morir dignamente. Dicho capítulo abordó, entre otros algunas definiciones médicas útiles; así como la obligación de hacer pública y comunicar los procedimientos establecidos para atender las solicitudes de eutanasia en adultos y niños, niñas y adolescentes; y la obligación de ser informado sobre la posibilidad de manifestar de forma anticipada el consentimiento, entre otras obligaciones operativas.

Como último caso del tercer momento, en la **Sentencia T-060 de 2020**¹³⁴, la Corte abordó el caso de una mujer de 97 años en la ciudad de Pereira (Risarcaldá). La mujer estaba diagnosticada con diversas enfermedades graves, entre ellas la enfermedad de Alzheimer y esquizofrenia. Su hija, actuando como agente oficiosa, solicitó el procedimiento eutanásico para su madre. En el procedimiento se le exigió a la hija que allegara el documento de voluntad anticipada para que pudiera operar el consentimiento sustituto. Esto no fue posible en tanto dicho documento no existía y el estado de salud de la señora no le permitía expresarlo como lo exige la jurisprudencia constitucional y la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente, a pesar de la gravedad de los diagnósticos médicos que presentaba la señora, su estado no era terminal. Por esa razón, los operadores en salud negaron la solicitud llevada a cabo por la hija y, de la misma manera, lo hicieron las dos instancias judiciales que conocieron el caso.

En sede de revisión, la Corte desarrolló, por primera vez, un proceso de seguimiento moderado¹³⁵ a sus decisiones, sin conservar la competencia en el caso anterior. En este caso pidió un informe específico a la rama ejecutiva sobre el estado de cumplimiento de las órdenes

.....

¹³⁰ Ibid

¹³¹ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 229 de 2020.

¹³² Resolución 229 de 2020, artículo 4, numeral 4.1.11.

¹³³ Ibid., art. 4, num. 4.2.3.4.

¹³⁴ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-060 de 2020 (MP: Alberto Rojas Ríos).

¹³⁵ Rodríguez-Garavito, César y Rodríguez-Franco, Diana, (2015). El Juicio a la Exclusión. El impacto de los tribunales sobre los derechos sociales en el sur global. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, p. 28.

impartidas en sentencias anteriores. Específicamente, preguntó al Ministerio de Salud y Protección Social sobre el estado de cumplimiento de la orden impartida por la Sentencia T-721 de 2017 que obligaba modificar la Resolución 1216 de 2015 en lo que consentimiento sustituto se refería. La Corte, de esta manera, advirtió:

[...] la falta de reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a las condiciones para la viabilidad del consentimiento sustituto en el ámbito del derecho a morir dignamente —respecto de lo cual esta Corporación ya había impartido una orden en la sentencia T-721 de 2017— puede constituir una amenaza para la garantía de dicho derecho fundamental, en contravía de la dignidad de los pacientes y sus familias¹³⁶.

Por ello, la Corte reiteró la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social de reglamentar el consentimiento sustituto en dos eventos: el primero, cuando la persona esté en situación de incapacidad legal o bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad y; segundo, cuando se carezca de un documento formal de voluntad anticipada. Finalmente, la Corte reiteró su exhorto al Congreso a regular la materia.

Durante el tercer momento de desarrollo e implementación del derecho a morir dignamente, el poder legislativo, a pesar de los múltiples exhortos de la Corte Constitucional, continuó sin cumplir su labor regulatoria.

Entre 2015 y 2020 el Congreso de la República tuvo la oportunidad de discutir **tres proyectos de ley diferentes presentados en siete oportunidades**. No hubo intentos por regular en contra del derecho fundamental a morir dignamente ni del precedente constitucional logrado hasta la fecha; todos los proyectos buscaron desarrollar una legislación acorde con los avances logrados judicialmente hasta la fecha.

El primer proyecto de ley de este tercer momento fue presentado ante el Senado de la República en 2015 por el senador Armando Benedetti Villaneda del Partido de Unidad Nacional. Dicho proyecto no tuvo ningún debate y fue archivado. El mismo proyecto fue presentado por

segunda vez en el 2018 y tuvo la misma suerte, no tuvo debate y fue archivado.

En el año 2019 se presentaron dos proyectos de ley, uno nuevamente en el Senado de la República por Armando Benedetti Villaneda del Partido de Unidad Nacional, como en los años anteriores este proyecto no tuvo ningún debate y fue archivado. Por primera vez se presentó un proyecto de ley en la Cámara de Representantes, esta vez por el Representante Juan Fernando Reyes Kuri del Partido Liberal. Dicha iniciativa logró ser aprobada en primer debate y finalmente fue derrotada en segundo debate en la plenaria.

En el año 2020 se presentaron tres proyectos de ley, uno nuevamente en el Senado de la República por Armando Benedetti Villaneda del Partido de Unidad Nacional, al igual que en los años anteriores no tuvo ningún debate y fue archivado. Se presentó nuevamente el proyecto de ley en la Cámara de Representantes, por parte del Representante Juan Fernando Reyes Kuri del Partido Liberal. Dicha iniciativa logró ser aprobada en primer debate y, en esta oportunidad, no tuvo segundo debate y fue archivado. En tercer lugar, se presentó el proyecto de ley de iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con la orden judicial impartida por la Corte Constitucional en la Sentencia T-544 de 2017, el cual no tuvo ningún debate y terminó por ser archivado.

El tercer momento se extendió a lo largo de cerca seis años y es —hasta la fecha— el más prolífico en producción normativa, en él se logró consolidar el derecho a morir dignamente como un derecho fundamental, autónomo y multidimensional. Se reconocieron plenamente tres mecanismos para hacerlo efectivo: los cuidados paliativos, la AET y la eutanasia. Se fijaron los lineamientos jurisprudenciales para hacerlo efectivo y se ordenó la reglamentación del procedimiento tanto para mayores como para menores de edad. La Corte tuvo la posibilidad de reconocer barreras generalizadas en el acceso al derecho y ordenar su resolución a las entidades del poder legislativo.

.....

¹³⁶ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-060 de 2020 (MP: Alberto Rojas Ríos).

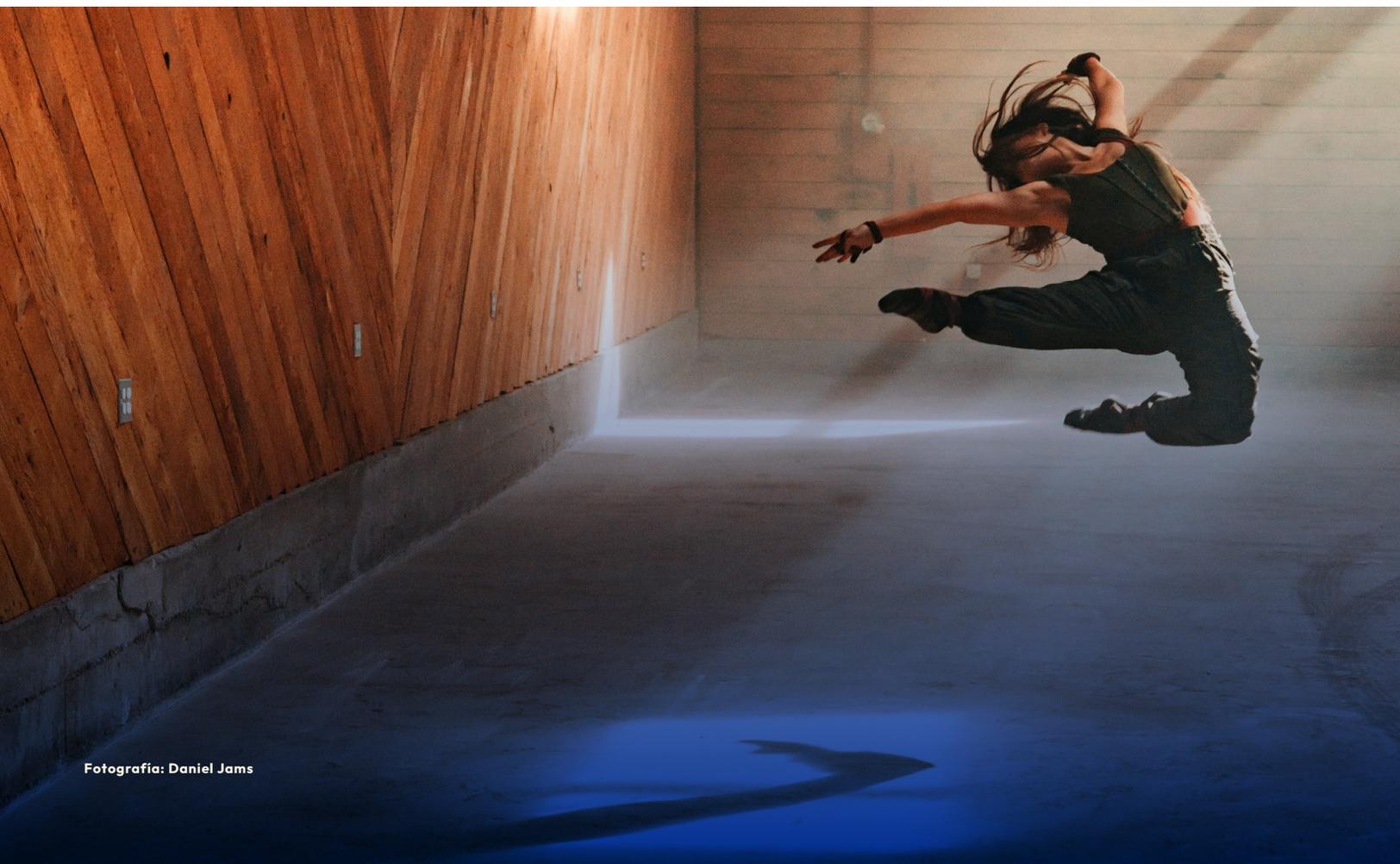
Cuarto momento: el litigio estratégico para superar barreras y ampliar el derecho a morir dignamente (2021 - presente)

Desde 2020, en la sociedad civil se gestaba un trabajo de presión desde lo jurídico por avanzar ciertos temas que, a pesar del desarrollo vertiginoso y la implementación lograda en el momento anterior, continuaban siendo barreras para el ejercicio del derecho a una muerte digna. Hasta este momento, los actores de un movimiento social incipiente no habían logrado generar los cambios jurídicos que se requerían para que el derecho a morir dignamente pudiera ser garantizado ampliamente y sin barreras jurídicas y administrativas. Tampoco se habían movilizado para que el poder ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Protección Social cumpliera con las órdenes judiciales estructurales que habían sido impartidas en el tercer momento.

Este momento de evolución se caracteriza por contener, por primera vez, acciones de litigio estratégico planeadas para generar y avanzar cambios profundos en el derecho a morir dignamente, en los cuales se tejió sobre el precedente que los jueces ya habían construido y se logró presionarlos para ir más allá en cuestiones estructurales que aún no estaban resueltas.

El primer resultado de este momento de presión a través de las vías judiciales es la **Resolución 971 de 2021**¹³⁷. En 2017, la Corte Constitucional le había ordenado al Ministerio de Salud y Protección Social modificar la Resolución 1216 de 2015 (vigente para la época) y crear un mecanismo de registro eficaz que permitiera tener conocimiento de los casos de muerte digna a través de la eutanasia desde el mismo momento en que los ciudadanos solicitan el procedimiento y no sólo cuando el procedimiento fuera efectivamente practicado. La Corte ordenó que este ajuste a la reglamentación se lograra en los treinta días siguientes a la decisión, pero

¹³⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 971 de 2021.

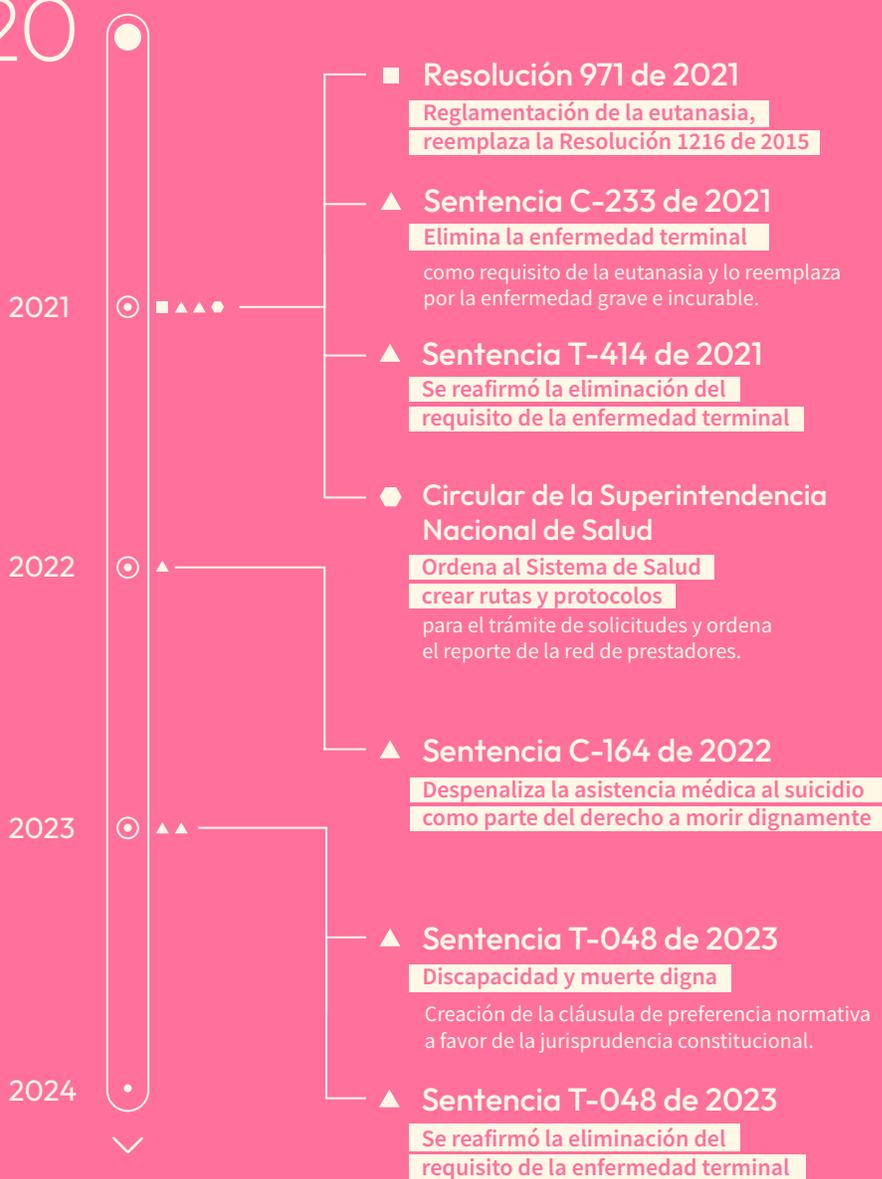


4

CUARTO MOMENTO 2020 - PRESENTE

El litigio estratégico para superar barreras y ampliar el derecho a morir dignamente

2020



- ▲ Sentencia
- Resolución
- ★ Ley
- Circular

◎ 2 Proyectos de ley
presentados en 3 oportunidades

el Ministerio de Salud y Protección Social tardó cerca de cuatro años en hacerlo.

Fue necesario activar las vías judiciales a través de múltiples incidentes de desacato para que los jueces lo obligaran a cumplir¹³⁸. Fue gracias a la presión judicial ejercida por DescLAB que se logró la adopción de la Resolución 971 de 2021 y, por esta vía, la implementación del mecanismo de registro. Con la nueva Resolución 971 de 2021 se robusteció el registro y se creó el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia y las obligaciones de reporte por parte de los prestadores del servicio de salud. La implementación del mecanismo de registro ha significado un cambio importante en las cifras y en el conocimiento disponible sobre el acceso al derecho a morir dignamente, particularmente ha permitido conocer cómo se distribuyen los procedimientos en el territorio nacional, las brechas geográficas, la distribución por sexos, las edades promedio, las brechas por tipo de enfermedad, entre otros datos relevantes¹³⁹.

Además del Sistema de Registro y de la claridad en los deberes y obligaciones de los actores del Sistema de Salud, la Resolución 971 trajo otras novedades y barreras. Contrario a lo que establecía la Resolución 1216 de 2015, se **eliminó la barrera del médico tratante** como puerta de entrada del trámite. A partir de esta nueva resolución, en Colombia todos los profesionales de la medicina son responsables de recibir las solicitudes, de hacer un análisis inicial y de activar el Comité encargado de analizar y decidir si se autoriza o no el procedimiento. No importa quién es el médico, si la persona está hospitalizada o si la especialidad del médico está relacionada con la condición de salud que motiva la solicitud: todos los médicos pueden recibir solicitudes verbales o escritas, y deben analizarlas y tramitarlas.

La Resolución 971 **limitó la posibilidad de que los extranjeros no domiciliados** en Colombia accedan a la eutanasia y sólo es posible salvo que dicha persona esté domiciliada durante por lo menos un año antes de hacer la solicitud. Esta normativa es

constitucionalmente problemática, pues limita la protección de derechos constitucionales a los extranjeros y les exige un tiempo prolongado de residencia.

También se permitió que, ante la negativa de un primer Comité de autorizar el procedimiento, **las personas pudieran solicitar un segundo Comité** conformado por personas diferentes. Este cambio da más posibilidades de acción dentro del Sistema de Salud antes de acudir a las instancias judiciales para proteger su derecho a morir dignamente.

Adicionalmente, la Resolución 971 de 2021 clarificó cuáles son las **valoraciones** que deben desarrollarse para analizar la solicitud y llegar a una respuesta. Por ejemplo, se debe valorar la capacidad y competencia mental, se debe evaluar el sufrimiento, y se debe verificar la presencia de la enfermedad y la inexistencia de alternativas de tratamiento.

Frente a la **objeción de conciencia**, la Resolución 971 de 2021 aclara que sólo el profesional de la medicina que va a practicar el procedimiento puede ejercer la objeción de conciencia. Este derecho no aplica para los hospitales, clínicas o empresas aseguradoras, ni tampoco a los profesionales de la salud que intervienen en el trámite, desde médicos hasta personal administrativo. Esto quiere decir que los médicos no pueden negarse a recibir ni a tramitar solicitudes y que la objeción de conciencia institucional no es admisible.

Finalmente, con respecto al tipo de enfermedad para realizar la solicitud, la Resolución 971 de 2021 exige tener una **condición clínica de fin de vida**. Dentro de esta categoría se encuentran: la enfermedad avanzada incurable, la enfermedad terminal y la agonía. Las tres condiciones clínicas mencionadas en la norma tienen un pronóstico fatal próximo de mediano plazo, seis meses y días u horas respectivamente.

Como segundo resultado de este momento y como tercer hito de todo el proceso, en el 2021, la Corte Constitucional a través de la **Sentencia C-233 de 2021**¹⁴⁰ eliminó

¹³⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 971 de 2021.

¹³⁸ Para conocer más sobre este logro de DescLAB, leer "Registrar las solicitudes de eutanasia: el triunfo DescLAB ante el Ministerio de Salud" en <https://www.desclab.com/post/registro>

¹³⁹ Más información sobre el panorama cuantitativo del derecho a morir dignamente está disponible en los informes de muerte lenta elaborados y publicados periódicamente por DescLAB. Cfr.: (1) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2021). De muerte lenta

#1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39p. (2) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71p.

¹⁴⁰ Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-233 de 2021 (MP: Diana Fardo Rivera).

la barrera de la enfermedad terminal para acceder a la eutanasia. Como se relató, desde 1997 la Corte Constitucional –a través de la Sentencia C-239 de 1997– había establecido como requisito para acceder la eutanasia que la enfermedad del solicitante debía estar en estado terminal, esto en el entendido de que la muerte fuera previsible en un plazo relativamente corto. Posteriormente, a través de documentos técnicos, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció que en Colombia para tener una enfermedad terminal había que tener un pronóstico de vida inferior a 6 meses¹⁴¹.

Veinticuatro años después, la Corte Constitucional analizó nuevamente la constitucionalidad del delito de homicidio por piedad. Los demandantes de la norma argumentaron que el artículo del Código Penal desconocía el derecho a no ser sometido a tratos crueles e inhumanos y degradantes, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana. A su vez, argumentaron que no se configuraba la cosa juzgada. Esto principalmente porque, aunque el contenido material del delito de homicidio por piedad era el mismo, el monto de la pena en el nuevo Código Penal expedido en el 2000 había aumentado produciendo un cambio en el efecto jurídico de la ejecución de la conducta¹⁴². Además, argumentaron un contexto jurídico diferente, pues no sólo las normas están contenidas en estatutos distintos, también se evidenciaba un avance en la reglamentación –tanto en Colombia como en el mundo– y en las decisiones de la Corte sobre la materia.

Era evidente que los demandantes buscaban un cambio social con el análisis abstracto de constitucionalidad¹⁴³. A diferencia de lo ocurrido en 1997, este litigio tenía el objetivo de ampliar la causal de exclusión de responsabilidad penal que se había establecido y buscaba eliminar el requisito de la enfermedad terminal de la jurisprudencia. La mayoría de las intervenciones ciudadanas –tanto expertos jurídicos como de la medicina– apoyaron la premisa al indicar que exigir la terminalidad de una enfermedad sí vulneraba derechos constitucionales. Fueron las intervenciones provenientes de las entidades del gobierno nacional las que se opusieron a la demanda.

Tanto el Ministerio de Justicia como el Ministerio de Salud y Protección Social argumentaron que la exigencia de la enfermedad en estado terminal y la regulación vigente protegían el derecho a la vida de la persona y la seguridad jurídica del profesional de la medicina.

A través de esta sentencia se modificó el precedente jurisprudencial que había sido reiterado hasta la fecha con respecto a la enfermedad en estado terminal para adoptar una nueva ampliación para el ejercicio de la muerte digna. La Corte decidió que no se incurre en el delito de homicidio por piedad cuando la conducta: “(i) sea efectuada por un médico, (ii) sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable”¹⁴⁴. De esta manera, a partir de esta decisión, ya no se exige tener una enfermedad terminal sino únicamente tener una enfermedad grave e incurable.

Al realizar el análisis de constitucionalidad, la Sala Plena, luego de definir el asunto de la cosa juzgada y hacer un recuento de toda la jurisprudencia constitucional sobre la muerte digna, argumentó que exigir una enfermedad en estado terminal era una barrera para el ejercicio del derecho a morir dignamente. Lo anterior particularmente porque restringía la dignidad humana en sus diferentes dimensiones: por un lado, vulneraba la autonomía y la autodeterminación de las personas y, por otro, desconocía la protección a la integridad física y moral.

La Sentencia C-233 de 2021 reestructuró nuevamente el marco del problema desde las diferentes dimensiones de la dignidad humana. En ese sentido, si la Sentencia C-239 de 1997 marcó un hito al determinar que no había una obligación de vivir y que esta se configuraba más allá de la mera subsistencia biológica, la Sentencia C-233 de 2021 marcó un hito cuando consolidó la autonomía y la autodeterminación como el pilar de la decisión de la muerte médicamente asistida más allá de la cercanía o lejanía de la muerte.

• • • • •

¹⁴¹ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia y Fundación Meditech.

¹⁴² Ley 599 de 2000, art. 106. “Homicidio por piedad. Modificado por el Art. 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1. de enero de 2005. 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”.

¹⁴³ Cfr. (1) República de Colombia, Constitución Política de 1991. (2) República de Colombia, Decreto 2067 de 1992.

¹⁴⁴ Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-233 de 2023 (MP: Diana Fardo Rivera).

Explicó la Corte que es claro que la Constitución Política de 1991 no privilegia un modelo de vida particular pero sí protege el libre desarrollo de la personalidad cuando se trata de elegir cómo y en qué condiciones morir, sobre todo cuando hay un estado de salud que produce “degradación física o moral”¹⁴⁵, o que expone de manera prolongada e indefinida a una condición de salud que la persona considera cruel e incompatible con su idea de dignidad, dada la intensidad del dolor y el sufrimiento¹⁴⁶.

A pesar de que evidentemente se continúa exigiendo un diagnóstico médico grave e incurable, por primera vez la relación médico-paciente encuentra un relativo balance. Al eliminar el requisito de la enfermedad terminal, es la voluntad y el consentimiento de quien experimenta la enfermedad y el sufrimiento lo que prima por encima de la cercanía de la muerte en la decisión de acceder al derecho a morir dignamente, particularmente a través de la eutanasia. Esta decisión judicial hace un tránsito entre un modelo de decisión en el que primaba la valoración médica sobre el pronóstico fatal próximo a un modelo de autonomía en el que es la misma persona quien valora los efectos que la condición de salud grave e incurable tiene en su calidad de vida.

La exigencia de la terminalidad de la enfermedad se había convertido en una carta de poder por parte del Sistema de Salud; no en vano casi la totalidad de los procedimientos de eutanasia hasta 2021 fueron practicados a personas con enfermedades oncológicas¹⁴⁷. En el ejercicio de determinar médicamente cuándo una enfermedad se encontraba en estado terminal, la autonomía de quien solicitaba el procedimiento de eutanasia quedaba rezagada ante la decisión —aparentemente— científica de la medicina para determinar si la persona iba a morir en los siguientes seis meses, como lo establecía el Protocolo¹⁴⁸ adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Corte sostuvo que exigir un pronóstico fatal próximo de un tiempo específico es desproporcionado, irrazonable e impide que las personas puedan autodeterminarse. Explicó la Sala que:

[...] al observar que el tipo penal de homicidio por piedad exige, desde su configuración legislativa, un conjunto de condiciones de salud extremas, así como una experiencia de sufrimiento intenso, que aseguran que las prestaciones para la muerte digna se dirijan, únicamente, a personas ante cuyas condiciones la medicina no tiene actualmente respuestas distintas al intento de manejar el dolor intenso, como se explicará con más detalle en los párrafos siguientes, en criterio de la Sala la exigencia adicional de un pronóstico de muerte próxima (o enfermedad en fase terminal) no contribuye a maximizar la autonomía y la auto determinación y, en cambio, sí puede imponer la continuación de la vida en condiciones que la persona considera indignas o humillantes¹⁴⁹.

En ese sentido, si la persona ya tiene una enfermedad grave e incurable y esta es fuente de dolor y sufrimiento que la persona considera incompatible con su idea de vida digna, ella misma podrá determinar el momento y el modo de poner fin a su vida. Esta decisión va más allá de limitar o rechazar tratamientos y de dejar que la enfermedad siga con su curso hasta que esté en estado terminal; se trata, por el contrario, de incluir la “posibilidad de establecer cuándo una situación de salud es incompatible con las condiciones que hacen a la vida digna, y cuándo el dolor se torna insoportable”¹⁵⁰. Sobre este aspecto se refiere la Corte también cuando establece que “la exigencia de que la persona, además de padecer una enfermedad grave e incurable, tenga un pronóstico de muerte próxima, resulta desproporcionada, pues impide a las personas afectadas por las enfermedades citadas ejercer su autodeterminación y elegir el modo de finalizar su vida”¹⁵¹.

La Sentencia C-233 de 2021, al tomar como base la ponderación clave entre el derecho a la vida y la autonomía de la Sentencia C-239 de 1997, reiteró que la vida va más allá de la mera subsistencia y que, en un estado laico y pluralista, no es un valor sagrado y un principio absoluto. Por tanto, desde la perspectiva de la dignidad humana, obligar a vivir a una persona y no prestarle una ayuda para hacerlo no solo vulnera su autonomía, sino que implica también un trato cruel, inhumano y degradante.

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p.

¹⁴⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, 2015.

Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia y Fundación Meditech.

¹⁴⁹ Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-233 de 2023 (MP: Diana Fajardo Rivera).

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Ibid.

Desde el comienzo de la argumentación, la Corte fue explícita en cómo la dignidad humana como valor, principio y derecho que irradia el ordenamiento jurídico colombiano tiene como una de sus dimensiones el derecho a vivir sin humillaciones y la protección de la integridad física y moral. Esta dimensión de la dignidad humana se encuentra expresada en la Constitución a través de la prohibición de los tratos crueles, inhumanos y degradantes como un derecho fundamental que el Estado está en obligación de proteger¹⁵². Con respecto a este deber la Corte explica que “si bien las actuaciones de las autoridades no constituyen la fuente directa de su padecimiento, lo cierto es que la posibilidad de terminarlo, en condiciones adecuadas, suele quedar en últimas en manos del Sistema de Salud y de las autoridades que definen lo que está prohibido, mediante el uso del derecho penal”¹⁵³.

Al retomar nuevamente el problema jurídico sobre el requisito de la enfermedad en estado terminal, la Corte determinó también que, partiendo de la Sentencia C-239 de 1997 en la cual se determinó que las personas no estaban obligadas a vivir una vida de dolor y sufrimiento “para defender un modelo de vida, como el del mártir que afronta cualquier padecimiento ante su valor sagrado”¹⁵⁴, no resultaba claro por qué quienes tenían enfermedades graves e incurables con un pronóstico de vida incierto sí debían hacerlo. La Corte indicó que “si una persona no puede ser obligada a padecer intensamente por un tiempo relativamente corto (muerte próxima) no resulta justificado que deba quedar obligada a soportarlo por un tiempo mucho más amplio o, en cualquier caso incierto (ausencia de pronóstico de muerte próxima)”¹⁵⁵.

A lo largo del texto, la Sala Plena reiteró las razones por las cuales la exigencia de la terminalidad es una barrera de acceso al ejercicio del derecho a morir dignamente, particularmente, como lo es imponer condiciones que la persona “considera indignas e incompatibles con su concepto de vida digna”¹⁵⁶. En este punto hay una reflexión con base en la subregla analizada en la

152 Constitución Política de 1991, art. 12. “Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.

153 Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-233 de 2023 (MP: Diana Fardo Rivera).

154 Ibid.

155 Ibid.

156 Ibid.



Fotografía: Arno Senoner

Sentencia T-970 de 2014, en la que se hace énfasis en la prevalencia de la dimensión subjetividad sobre el dolor y el sufrimiento cuando hay una eventual discusión entre la persona y el Sistema de Salud, pues “con independencia de los medios para comprender el fenómeno del dolor y el sufrimiento, estos constituyen ante todo una experiencia subjetiva de la persona”¹⁵⁷.

En esta decisión, la Corte ahondó un poco más al establecer que el sufrimiento no sólo se experimenta por la enfermedad, sino a partir de toda la dinámica de lo que implica estar enfermo sin la certeza de un pronóstico de vida: “el sufrimiento derivado de la enfermedad se asocia también con las cargas que imponen los diagnósticos y tratamientos al paciente; se hace más profundo por la incertidumbre del resultado; se materializa en las relaciones familiares; y guarda una profunda relación con el tiempo, pues la anticipación del dolor futuro o de la muerte pueden agudizar o moderar la intensidad del sufrimiento”¹⁵⁸.

Por lo anterior, si la persona sufre a partir de una enfermedad grave e incurable, no es justificable que pueda elegir sólo cuando es declarada como persona con una “enfermedad en estado terminal” aunque esto derive en mayor sufrimiento por un tiempo indeterminado. En ese sentido, aunque estén disponibles los cuidados paliativos, la Corte reitera que no se le puede imponer a una persona recibirlos para luego acceder a los otros mecanismos del derecho a la muerte digna.

En tercer lugar y a la par con el caso de inconstitucionalidad mencionado, desde DescLAB agenciamos el caso de **Yolanda Chaparro**¹⁵⁹, una mujer con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) a quien le exigieron un nivel de deterioro específico para poder acceder a la eutanasia y, de esa manera, cumplir con el requisito de enfermedad en estado terminal que hasta ese momento era obligatorio. Desde 2020, el Sistema de Salud colombiano le indicó que para poder acceder a la eutanasia tenía que esperar a que su estado de salud se deteriorara gravemente. Para ejercer su derecho, Yolanda debía esperar a no poder respirar, comer, caminar y hacer

ninguna actividad de manera autónoma: justo lo que ella quería evitar. Este litigio estratégico derivó en la **Sentencia T-414 de 2021**¹⁶⁰, a través del cual se confirmó y reafirmó el nuevo precedente: no se le puede exigir el requisito de enfermedad en estado terminal a ninguna persona que decida solicitar la muerte médicamente asistida, basta con tener una enfermedad grave e incurable.

En cuarto lugar, a finales del 2021, la Superintendencia de Salud, la entidad encargada de vigilar y supervisar la prestación de los servicios de salud en Colombia, expidió la directriz actualizada dirigida a las prestaciones de muerte digna. La **Circular**¹⁶¹ está dirigida a las empresas aseguradoras, a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los profesionales de la salud e imparte instrucciones para verificar la implementación de la regulación sobre el derecho a morir dignamente. A través de esta circular, la Superintendencia Nacional de Salud les ordenó a las empresas aseguradoras, primero, construir una **ruta interna** para recibir, gestionar y coordinar sus acciones en relación con solicitudes relativas al derecho a morir dignamente.

Segundo, se les ordenó a las empresas aseguradoras **registrar** ante la Superintendencia su red de prestadores contratada para prestar los servicios relativos a la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia, la obligación de registrar su ubicación, así como la constitución del comité científico interdisciplinario y la adopción del protocolo interno.

Tercero, a través de la mencionada circular, se les ordenó a las instituciones prestadoras de servicios de salud que contaran con el nivel de complejidad y habilitación suficiente para prestar el servicio de muerte médicamente asistida a través de la eutanasia contar con un **protocolo institucional** para recibir, analizar y decidir las solicitudes.

Una vez se tomó la decisión de eliminar el requisito de la enfermedad terminal para acceder a la eutanasia, desde DescLAB consideramos que era el momento de que Colombia se convirtiera en el país del mundo con

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Más información sobre la estrategia de litigio #YolandaTomaElControl en: www.descclab.com/yolanda

¹⁶⁰ Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-414 de 2021. (MP: Cristina Pardo Schlesinger).

¹⁶¹ Superintendencia Nacional de Salud, (2021). Circular Externa 20211700000006-5 del 17 de septiembre de 2021.

mayores garantías y posibilidades para acceder a la muerte digna y particularmente a la muerte médicamente asistida. Desde 2020 comenzamos la estrategia de litigio para declarar la inconstitucionalidad del delito de inducción y asistencia al suicidio¹⁶² de forma que, cuando se cumplieran los requisitos ya reconocidos para el acceso a la eutanasia, estas acciones no fueran perseguidas ni castigadas penalmente. Este objetivo se logró a través de una decisión que marca un cuarto hito: la **Sentencia C-164 de 2022**¹⁶³.

Este fue también un litigio estratégico liderado por DescLAB en el que buscábamos que se despenalizara la asistencia al suicidio y se reconociera un nuevo mecanismo para ejercer el derecho a la muerte digna: la asistencia médica al suicidio (AMS). Desde DescLAB argumentamos ante la Corte Constitucional que el legislador se había excedido en su libertad de configuración al penalizar la asistencia médica al suicidio y, al castigarla penalmente, había vulnerado y limitado derechos constitucionales como la muerte digna, la vida digna, la protección constitucional a la dignidad humana. A su vez, argumentamos que se había restringido de manera inconstitucional la protección a la autonomía personal y al libre desarrollo de la personalidad, y que se había limitado el principio constitucional de solidaridad. En esta decisión, al igual que en las Sentencias C-239 de 1997 y C-233 de 2021, la Corte hizo un análisis abstracto de constitucionalidad de una norma, particularmente analizó el delito de inducción y asistencia al suicidio del Código Penal colombiano.

En este proceso, nuevamente, la mayoría de las intervenciones ciudadanas favorecieron las pretensiones que se presentaron desde DescLAB. Tanto expertos médicos como jurídicos apoyaron la demanda, pues Colombia era el único país que permitía la eutanasia más no la asistencia médica al suicidio. Al igual que en el proceso de la Sentencia C-233 de 2021, tanto la Procuraduría General de la Nación como el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia solicitaron que se declarara exequible, principalmente porque ya existía un mecanismo para ejercer el derecho

a morir dignamente en Colombia y no era necesario extenderlo hacia otros mecanismos.

La Sentencia C-164 de 2022 declaró la constitucionalidad condicionada del delito de asistencia médica al suicidio en el entendido de que no se incurre en la conducta cuando: (i) la realice un médico, (ii) con el consentimiento libre, informado e inequívoco previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) la persona padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable. Además de declarar la inconstitucionalidad resolvió que “la asistencia médica al suicidio es uno de los mecanismos existentes de las prestaciones específicas para morir, como forma reconocida del derecho a morir dignamente”¹⁶⁴.

La argumentación de la Corte Constitucional para la despenalización de la asistencia médica al suicidio comenzó desde la perspectiva del actuar médico al explicar cómo y porqué este delito va en contravía de los límites del poder punitivo del Estado. En ese sentido, la Sala Plena puso de presente que penalizar la asistencia médica al suicidio es “una medida abiertamente inadecuada para proteger la vida, especialmente si se entiende que la vida es un bien jurídico disponible para su titular, y que está intrínsecamente ligada a la dignidad. De modo que no queda más que concluir que el legislador vulneró el principio constitucional de necesidad en cuanto a la no satisfacción de la fragmentariedad y la última *ratio*”¹⁶⁵. A la vez, ante la pregunta sobre la lesividad, la Corte explicó que, “cuando un tercero que con criterio y ética médicos facilita la materialización de la voluntad del titular del bien jurídico, quien decide disponer del mismo justificadamente, no está incurriendo en una injerencia lesiva y por tanto reprochable de un bien jurídico”¹⁶⁶.

De la misma forma, la Corte estableció que penalizar esta conducta es desproporcionado teniendo en cuenta las decisiones anteriores sobre la despenalización del homicidio por piedad.

• • • • •

¹⁶² República de Colombia, Ley 599 de 2000, art. 107, inciso 2, que indicaba: “(...) cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses”.

¹⁶³ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-164/2022 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo).

¹⁶⁴ Ibid.

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ Ibid.

La Sentencia C-164 de 2022 fue un litigio estratégico liderado por DescLAB en el que buscábamos que se despenalizara la asistencia al suicidio y se reconociera un nuevo mecanismo para ejercer el derecho a la muerte digna: la asistencia médica al suicidio.

Sobre esta decisión indicó la Corte que:

A pesar de esta graduación en la que el homicidio por piedad sería considerado más grave que la asistencia al suicidio, lo cierto es que cuando el homicidio por piedad es practicado bajo ciertas condiciones objetivas y subjetivas, se configura la eutanasia y no se da una respuesta penal por ser una práctica constitucionalmente válida. En cambio, cuando esas mismas condiciones objetivas y subjetivas se presentan respecto del supuesto de la AMS, se configura una respuesta penal. Lo anterior genera una discordancia en el tratamiento jurídico de ambos procedimientos, que no es proporcional. Así, que mientras que, en determinadas circunstancias subjetivas y objetivas análogas, el sistema penal se abstiene de intervenir frente al médico que ejecuta y causa una muerte, se moviliza para perseguir y sancionar al médico que ayuda, en las mismas circunstancias a quien se suicida, vulnera el principio de proporcionalidad en materia penal. Aún más es desproporcionada tal respuesta penal si se tiene en cuenta que el aporte de quien ayuda es accesorio pues depende del actuar principal del autor, mientras que el aporte de quien alcanza el resultado por sí mismo es mayor. La consecuencia lógica y constitucionalmente válida es considerar que hay una mayor razón para estimar que la AMS no debe ser tratada como delito y en cambio, reconocer que la misma permite una mayor protección para los derechos fundamentales de la dignidad humana, la vida digna, la muerte digna y el libre desarrollo de la personalidad¹⁶⁷.

Al resolver que efectivamente que se habían traspasado los límites del poder punitivo del Estado al perseguir y sancionar la conducta de un profesional de la medicina que asiste a la persona que cumple con los requisitos, la Corte hizo énfasis en la necesidad de que sea un profesional con el conocimiento médico y técnico quien ayude en el proceso. La Corte no sólo se refiere al facilitar un medio sino en un proceso de acompañamiento lo más humano posible para que se mantenga la dignidad hasta el último momento.

Ahora bien, en la segunda parte de la argumentación sobre la penalización de la AMS, la Corte se refiere a aquellos derechos que pueden ser vulnerados para quien ha manifestado el consentimiento y tiene una enfermedad grave e incurable que le causa dolores

insoportables. Así, la Corte —en línea con las sentencias C-239 de 1997 y C-233 de 2021— estableció que sancionar a un profesional de la medicina que asiste a una persona a terminar con su vida, vulnera la dignidad humana y el derecho a la vida digna y al libre desarrollo de la personalidad. Esto principalmente porque la dignidad humana, en su dimensión de la autonomía o la posibilidad de diseñar un plan vital según el proyecto de vida que cada persona juzgue adecuado ponderado con el derecho a la vida como uno disponible, deriva en que la mera subsistencia no es un valor que requiere en todos los casos la protección jurídica. Por esto, cuando hay consentimiento, la actuación del médico no debe ser perseguida penalmente.

En este punto, la Corte hace énfasis en la autonomía y control sobre el final de la vida que provee la asistencia médica al suicidio:

la materialización de la autonomía y de la dignidad humana es aún mayor toda vez que es el paciente quien se auto administra el medicamento prescrito para alcanzar el resultado, y mantiene el control sobre el proceso causal de su propia muerte que no se predica de la eutanasia en el mismo grado. Quien opta por la AMS en lugar de la eutanasia, está ni más ni menos que reclamando agencia para dar fin a su sufrimiento; pues prefiere no delegar tan importante acaecimiento a un tercero¹⁶⁸.

Finalmente, la Corte hizo referencia a si se desconoció o no el principio de la solidaridad social al penalizar la asistencia médica al suicidio. La reflexión realizada en esta decisión sobre la solidaridad de los profesionales de la salud en el marco del ejercicio al derecho a morir dignamente es única dentro de la jurisprudencia constitucional. A pesar de que existen referencias sobre la piedad —al analizar el actuar médico en la despenalización del homicidio por piedad—, la Corte no se había referido a la asistencia a morir como un acto expresamente solidario del médico hacia la persona, pues tiene como finalidad terminar con el sufrimiento. Al respecto afirmó la Corte que:

El dolor sufrido por un paciente en condiciones extremas compromete directamente al médico, quien es el que tiene la capacidad de disminuir dicho dolor y ayudar al paciente a materializar su decisión —ya tomada—, de

• • • • •

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Ibid.

poner fin al mismo. El médico puede obrar éticamente, y siguiendo los más altos principios de la moral, cuando lo hace motivado por fines altruistas como la solidaridad y el respecto del paciente que enfrenta un sufrimiento que considera indigno. En el caso de la AMS es claro que el médico actúa en virtud de la solidaridad, pues su actuación tiene por finalidad la terminación del sufrimiento ajeno y la materialización de la voluntad del paciente¹⁶⁹.

Aunque sea un acto solidario, la Corte aclaró que no se desprende una obligación de ayudar si va en contra de la conciencia del profesional. En línea con la demás jurisprudencia, se reitera la subregla en la que ningún profesional de la medicina no está obligado a asistir a una persona a morir si esto va en contra de sus creencias.

La penúltima decisión de la Corte Constitucional sobre muerte digna a la fecha es la **Sentencia T-048 de 2023**¹⁷⁰ en la que se analizó un caso referente a capacidad jurídica, el consentimiento y la eutanasia. En esta oportunidad la Corte revisó una acción de tutela que surgió de la negación de un comité científico interdisciplinario de una institución prestadora de servicios de salud a un hombre con esclerosis que había sido declarado interdicto por discapacidad mental. El Comité no autorizó el procedimiento de eutanasia porque, debido a la medida de interdicción, se dudaba de su capacidad y competencia mental para tomar la decisión de morir. A su vez, el comité exigió la revisión de la sentencia de interdicción y su transformación en una adjudicación judicial de apoyos.

El hombre y su hija demandaron la protección judicial del derecho a morir dignamente y del derecho a la capacidad jurídica. No obstante, tanto la primera instancia como la segunda declararon improcedente la demanda por cuanto la sentencia de interdicción del solicitante no había sido revisada en los términos de la Ley 1996 de 2019¹⁷¹. A pesar de que la valoración de psiquiatría indicaba que el solicitante se encontraba con las facultades mentales para tomar decisiones y que el juez de primera instancia realizó una entrevista personalmente en la que reiteró su voluntad y se declaró que era consciente de su decisión, ambas instancias insistieron en la

necesidad de una sentencia de revisión de interdicción y de la adjudicación judicial de apoyos.

El problema jurídico planteado por la Corte Constitucional cuando el expediente fue revisado buscaba resolver si el Comité había vulnerado el derecho a la muerte digna de una persona con discapacidad de la que se dudaba sobre su capacidad y competencia para decidir sobre el fin de su vida porque había sido declarada interdicta por sentencia judicial que no había sido revisada, pero que a su vez existía un dictamen médico que consideraba que era mentalmente competente para tomar decisiones.

Para resolver el problema jurídico, la Corte presentó un recuento de la jurisprudencia relacionada con el derecho a morir dignamente. Particularmente, sobre el consentimiento reiteró que la decisión sobre hasta cuándo la existencia es compatible con la idea de vida digna radica en la persona y es su voluntad la que debe prevalecer. Aparte de que el consentimiento debe ser libre, informado e inequívoco estableció que “el consentimiento supone la capacidad de la persona para comprender su situación de salud y sus decisiones al final de la vida, así como el ejercicio responsable de la profesión por parte de los médicos tratantes, tanto para informarle sobre los procedimientos a realizar como para verificar la madurez de su juicio y voluntad¹⁷²” y “la evaluación sobre la validez del consentimiento debe analizarse en función de la situación de cada titular del derecho¹⁷³”.

Más adelante, la Corte reiteró la jurisprudencia sobre la autonomía de las personas con discapacidad para la toma de decisiones relacionadas con procedimientos médicos. Junto con relatar la transformación jurídica del ejercicio de derechos de las personas con discapacidad y el impacto de esta en el ordenamiento jurídico colombiano, la Corte explicó la diferencia entre la capacidad legal y la autonomía en la toma de decisiones relativas a la salud y cómo esta última depende de la naturaleza de la intervención sanitaria y del grado de autonomía requerido por la persona para expresar su consentimiento¹⁷⁴.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-048 de 2023 (MP: Diana Fajardo Rivera).

¹⁷¹ La Ley 1996 de 2019 eliminó la interdicción judicial en Colombia y estableció que se debían revisar los casos de todas las personas que estaban sometidas a esta medida de restricción de la capacidad jurídica.

¹⁷² Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-048 de 2023 (MP: Diana Fajardo Rivera).

¹⁷³ Ibid.

¹⁷⁴ Ibid.

Así, de acuerdo con las actualizaciones catalizadas por la Observación General No.1 del Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁷⁵ y la posterior expedición de la Ley 1996 de 2019, se dispuso la incorporación de un modelo de apoyos para que las personas con discapacidad pudieran ejercer su capacidad jurídica sin barreras y con apoyos. En ese sentido, la figura de la interdicción quedó eliminada y, por ende, estableció la Corte que “la revisión de la sentencia tiene como única finalidad la evaluación de necesidad de apoyos, pero no a preservar en el tiempo la figura (ni la lógica) de la interdicción, pues esta es una institución opuesta al paradigma del derecho internacional de los derechos humanos en materia de capacidad”¹⁷⁶.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Corte encontró que el hombre que solicitó el procedimiento de eutanasia cumplía con los requisitos para ejercer su derecho a morir dignamente. Además de estar debidamente diagnosticado con una enfermedad grave e incurable y experimentar dolor y sufrimiento a causa de esta condición de salud, en palabras de la Corte:

su consentimiento es (i) libre, dado que la solicitud de morir dignamente fue directamente presentada por él, descartando injerencias, presiones o interferencias de terceros, y con sustento claro en sus condiciones de vida; (ii) informado, por cuanto explicó que conoce en qué consiste su enfermedad, qué consecuencias tiene en su cuerpo, así como su improbable pronóstico de recuperación; y (iii) es inequívoco, pues en varias oportunidades manifestó su decisión, esto es, ante la médica encargada del manejo del dolor y los cuidados paliativos; frente a su siquiatra; ante su neurólogo y a la jueza de tutela de primer grado, en las cuales afirmó de forma consistente su voluntad y querer de poner fin a una vida que, en su criterio, no es compatible con lo que espera, quiere y considera digno¹⁷⁷.

La subregla que se presenta en este fallo tiene que ver entonces frente a la relación entre la muerte digna, el consentimiento y la capacidad legal, explica la Corte que:

[...] en la expresión del consentimiento para poner fin a su vida, la persona que quiere ejercer su derecho debe demostrar “capacidad de comprensión de su situación” o, en otros términos, “capacidad intelectual suficiente para tomar decisiones”. Pero, no exigió la acreditación de su “capacidad legal”. Así lo demuestran no solamente las palabras empleadas al respecto por esta Corporación, sino también algunos de los criterios constitucionales que han sido indicados al Legislador para que los tenga en cuenta al momento de regular, por vía de ley estatutaria, esa garantía, a saber: la verificación rigurosa, por personas competentes de la situación real de paciente, así como de la “madurez” y “sanidad” de su juicio¹⁷⁸.

En ese sentido, no sólo no es exigible la sentencia de revisión de interdicción para las decisiones relativas a procedimientos de salud; se reiteró que no es necesaria la acreditación de la capacidad legal de las personas con discapacidad cuando los Comités evalúen el consentimiento. Por esto, exigir otro procedimiento judicial — como lo es la revisión de la sentencia de interdicción para la adjudicación de apoyos— no sólo vulnera el derecho a la muerte digna y autonomía del solicitante, sino que le somete a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Además de la resolución del problema jurídico respecto a la capacidad jurídica y la muerte digna, la Sentencia T-048 de 2023 nombra una nueva subregla en los casos de muerte digna llamada **cláusula de preferencia normativa a favor de la jurisprudencia constitucional**. A partir de una de las ideas de la Sentencia C-233 de 2021, en la que se exige a los prestadores de salud aplicar la reglamentación vigente siempre y cuando esta no contrarie la jurisprudencia constitucional, la Corte reiteró esta garantía en el trámite de la muerte médicamente asistida. Tanto los operadores jurídicos como los del Sistema de Salud deben “conocer plenamente la jurisprudencia constitucional, y aplicar la regulación administrativa, verificando siempre que esta no se convierta en una barrera de acceso al derecho fundamental a morir dignamente”¹⁷⁹. En ese sentido, se protegen los derechos fundamentales de los solicitantes ante la falta de actualización de la regulación

¹⁷⁵ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). Observación General núm. 1, artículo 12: Igual reconocimiento ante la ley. (CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014).

¹⁷⁶ Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-048 de 2023 (MP: Diana Fajardo Rivera).

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ Ibid.

administrativa del Ministerio de Salud y Protección Social y de las contradicciones que, hasta la fecha, siguen sin corregirse por parte de la entidad pública.

Finalmente, después del fallo de la Sentencia C-233 de 2021, DescLAB representó legalmente a **Martha Sepúlveda**¹⁸⁰, una mujer con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que, al igual que Yolanda Chaparro, tampoco tenía una enfermedad en estado terminal. En este caso, desde DescLAB solicitamos el procedimiento al Sistema de Salud y este fue aprobado sin mayores dificultades ni barreras. Sin embargo, 36 horas antes de que se practicara la eutanasia en la fecha seleccionada por Martha, la institución prestadora de servicios de salud canceló el procedimiento y cambió de forma irregular su argumentación jurídica: inicialmente había indicado que no había una enfermedad en estado terminal y que cumplía con todos los requisitos establecidos por el ordenamiento jurídico colombiano. Posteriormente, canceló el procedimiento programado porque no tenía una enfermedad terminal y estableció que dicho requisito era todavía exigible, una prueba más del tipo de barreras e irregularidades cotidianas que suceden y que en la mayoría de los casos terminan en la impunidad.

Si bien Martha Sepúlveda accedió de manera legal a la eutanasia a principios del 2022, su caso judicial fue resuelto por la Corte Constitucional a través de la **Sentencia T-239 de 2023**¹⁸¹. En este caso, la Corte Constitucional reafirmó el precedente judicial creado por la Sentencia C-233 de 2021 en donde se eliminó el requisito de la enfermedad en estado terminal para acceder a la muerte médicamente asistida. Derivado de los hechos del caso, la Corte verificó que las normas del nivel reglamentario vigentes, particularmente la Resolución 971 de 2021, resultaba contraria a la jurisprudencia constitucional al continuar exigiendo el mencionado requisito y desarrolló el deber de actualización de las normas inferiores para ponerlas a tono con los avances jurisprudenciales. Adicionalmente, mientras ello sucede, reafirmó la cláusula de preferencia normativa a favor de la jurisprudencia constitucional de la cual deriva el deber para las entidades del sistema de salud de conocer y aplicar directamente la jurisprudencia constitucional para evitar la creación de barreras y la vulneración de derechos constitucionalmente protegidos.

Durante el cuarto momento de surgimiento y consolidación del derecho a morir dignamente, el poder legislativo ha continuado con su labor pasiva y ha sido incapaz de cumplir con su tarea regulatoria sobre el tema.

Entre 2021 y hasta la fecha de publicación de este documento, el Congreso de la República ha tenido la oportunidad de discutir **dos proyectos de ley diferentes presentados en tres oportunidades**. No hubo intentos por regular en contra del derecho fundamental a morir dignamente ni del precedente constitucional logrado hasta la fecha; todos los proyectos buscaron desarrollar una legislación acorde con los avances logrados judicialmente hasta la fecha.

El primer proyecto de ley de este cuarto momento fue presentado ante el Senado de la República en el 2021 por el senador Armando Benedetti Villaneda del Partido de Unidad Nacional. Dicho proyecto fue aprobado en primer debate en comisión del Senado, tuvo segundo debate y fue archivado en la plenaria.

El segundo proyecto de ley de este cuarto momento fue presentado ante la Cámara de Representantes por el Representante Juan Carlos Lozada Vargas del Partido Liberal colombiano. Dicho proyecto fue aprobado en primer debate en comisión de la Cámara y no tuvo segundo debate en plenario, por ello fue archivado. Este mismo proyecto fue presentado en 2023 ante el Senado colombiano por el Senador Humberto de la Calle Lombana.

Luego de 30 años, el proceso de emergencia, ampliación y profundización del derecho a morir dignamente continúa su curso. Hemos pasado de tener casos dispersos de personas anónimas que con sus luchas lograron poner el tema en la jurisprudencia a casos estratégicamente planificados y orientados al cambio social. El derecho a morir dignamente ha sido creado y continúa siendo desarrollado, ampliado y profundizado por el poder judicial, particularmente a través de **quince sentencias** adoptadas a lo largo de 30 años.

A lo largo de 24 años, desde 1998, año en que se presentó el primer proyecto de ley, el Congreso de la República de

¹⁸⁰ Más información sobre la estrategia de litigio #MarthaTomaElControl está disponible en: www.descclab.com/martha

¹⁸¹ Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-239 de 2023 (MP: Jorge Enrique Ibáñez Najjar).

Colombia ha debatido **siete proyectos de ley sobre el derecho a morir dignamente en 19 oportunidades diferentes** y ha habido periodos en donde se han presentado hasta tres proyectos de ley diferentes. En ningún caso se ha logrado que los proyectos superen afirmativamente dos debates ni la aprobación de los textos. La función del poder legislativo sobre el tema y los llamados de los jueces a regular siguen sin ser cumplidos.

El poder ejecutivo ha tenido un rol tímido y se ha posicionado detrás de los avances judiciales sobre el tema. En los casos estratégicos que se han presentado ante la Corte Constitucional, tanto el Ministerio de Salud y Protección Social como el Ministerio de Justicia, han concepuado negativamente, solicitando sin fruto alguno, que la máxima autoridad constitucional no amplíe ni profundice el derecho a morir dignamente. A lo largo de los años ha expedido **seis resoluciones y una circular**, las más importantes de ellas ordenadas judicialmente y adoptadas de manera tardía.

Lastimosamente, la mayor cantidad de barreras jurídicas para la garantía efectiva del derecho a morir dignamente están presentes en la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta entidad ha utilizado su poder reglamentario, no sólo para fijar las reglas, sino para imponer obstáculos y requisitos inconstitucionales y abiertamente contrarios al precedente judicial. A la par, la mencionada autoridad se ha negado durante años a cumplir algunas órdenes judiciales estructurales adoptadas por la Corte Constitucional,

obligando a las personas a experimentar las barreras y forzando al movimiento social a acudir numerosas veces a las vías judiciales para hacer cumplir las órdenes previamente impartidas que deberían ser cumplidas de forma expedita y de buena fe.

Por su parte, los medios de comunicación han sido aliados estratégicos del movimiento social y del derecho fundamental a morir dignamente. A través del registro positivo de casos reales se ha logrado presionar los cambios judiciales y reglamentarios, hacer presión sobre los funcionarios públicos y posicionar imaginarios y narrativas favorables sobre el tema en la sociedad colombiana. Esos imaginarios y narrativas no se han enfocado en la enfermedad, en el deterioro o la tristeza de las personas, sino que se han centrado en mensajes de autonomía, dignidad, valor y luchas en el fin de la vida. Esto ha hecho que la muerte digna tenga uno de los índices de favorabilidad más altos en la opinión pública.

En treinta años hemos pasado de tener un movimiento social incipiente, conformado por pocos actores relevantes y con acciones de poco impacto a un movimiento social naciente, que comienza a actuar de forma coordinada, en red, a construir agendas conjuntas y que desde hace algunos años actúa de forma estratégica ante los actores sociales involucrados. Un movimiento que lleva acciones de litigio estratégico para avanzar el cambio social, que hace monitoreo, seguimiento e incidencia ante las autoridades y que avanza narrativas positivas en medios de comunicación.

De qué hablamos cuando hablamos del derecho a morir dignamente.

Reflexiones sobre el núcleo
esencial de un derecho
fundamental



Una vez abordado el proceso de emergencia y la forma como el derecho a morir dignamente se ha posicionado en el ordenamiento jurídico constitucional, en el segundo capítulo se desarrolla su estado jurídico actual. Para lograrlo se abordan: su naturaleza jurídica, los diferentes mecanismos que brinda a los ciudadanos para tomar decisiones autónomas sobre el fin de la vida y sobre la muerte y, finalmente, los requisitos legales que deben cumplirse para acceder particularmente a la muerte médicamente asistida, sea a través de la eutanasia o de la asistencia médica al suicidio.

El derecho a morir dignamente en Colombia es un derecho **fundamental** que brinda a las personas la posibilidad de tomar decisiones autónomas sobre el fin de la vida y la muerte, esto incluye la posibilidad de acceder a la asistencia médica para causar la muerte en un momento determinado. Se trata de un derecho **independiente y autónomo**, el cual se encuentra estrechamente relacionado con otros derechos protegidos en el ordenamiento jurídico colombiano como: la dignidad humana; la vida digna; el libre desarrollo de la personalidad (autonomía); el derecho a vivir una vida protegido en contra de la tortura, los tratados crueles, inhumanos y degradantes y; con el principio constitucional de solidaridad social.

El derecho a morir dignamente es también un derecho **multidimensional**. Lo anterior significa que puede hacerse efectivo a través de varios mecanismos: los cuidados paliativos; la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y; la muerte médicamente asistida (MMA), esta última incluye el acceso a la eutanasia y a la asistencia médica al suicidio, mecanismos que han sido abordados detalladamente tanto por la jurisprudencia constitucional como por las normas reglamentarias. Los mecanismos que brinda el derecho a morir dignamente no se excluyen entre ellos, sino que se complementan para brindar a las personas el mayor margen posible de decisión sobre el fin de la vida y la muerte.

Para acceder a los mecanismos del derecho a morir dignamente se requiere del agotamiento exhaustivo de una serie de requisitos, entre ellos: tener una enfermedad grave e incurable debidamente diagnosticada;

experimentar sufrimiento físico o psicológico incompatible con la idea propia de dignidad; manifestar el consentimiento de forma libre, informada e inequívoca y; que los procedimientos y la asistencia que se recibe sea provista por un profesional de la medicina.

Un derecho fundamental de aplicación inmediata que puede ser protegido judicialmente

El derecho a morir dignamente es, de acuerdo con los avances jurisprudenciales, un derecho fundamental autónomo, multidimensional e independiente de otros derechos. No depende del derecho a la vida, no es componente de la autonomía ni del libre desarrollo de la personalidad. Se trata de un derecho que tiene vida propia, que deriva del principio constitucional de la dignidad humana y que, como todos los derechos, guarda estrecha relación con otros derechos sin depender de ellos. Se trata de un derecho multidimensional y complejo, es una garantía de la cual son titulares todas las personas en Colombia, pero cuya aplicabilidad depende de circunstancias particulares y restrictivas que deben verificarse previamente para no incurrir en delitos castigados por el Código Penal¹⁸².

Esta naturaleza, la de derecho fundamental, no fue clara desde los momentos iniciales de la emergencia del derecho. En la Sentencia C-239 de 1997 no hay una mención directa de la naturaleza de derecho fundamental del derecho a morir dignamente, solo se indica en esa decisión que “el derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente”¹⁸³. Realmente lo que sucedió jurídicamente en el año 1997 fue la despenalización de la eutanasia, es decir, la declaración de inconstitucionalidad de la persecución y la condena bajo el rótulo penal del homicidio por piedad, cuando se configuraran unos requisitos específicos que darían esencia al contenido normativo del derecho a morir dignamente.

Fue hasta la Sentencia T-970 de 2014 que emergió, con completa claridad, el derecho fundamental a morir dignamente, es decir, un derecho de rango constitucional

.....

¹⁸² Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

¹⁸³ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-239 de 1997 (MP: Carlos Gaviria Díaz).

que, entre otras características, no necesita del desarrollo legislativo para ser efectivo y puede ser garantizado a través de la acción de tutela.

En dicha decisión, la Corte justificó la naturaleza del derecho fundamental por tres razones. En primer lugar, por tener el derecho a morir dignamente como fundamento la dignidad humana:

[...] para esta Corte no cabe duda (sic) que el derecho a morir dignamente tiene la categoría de fundamental. Y ello es así por varias razones. Siguiendo sus razonamientos, esta Corporación ha señalado que un derecho fundamental busca garantizar la dignidad del ser humano. Es decir, para que una garantía pueda ser considerada como fundamental, debe tener una estrecha relación con la dignidad como valor, principio y derecho de nuestro ordenamiento constitucional. En el caso de la muerte digna, la Sala de Revisión, al igual que la Sala Plena en la Sentencia C-239 de 1997, considera que su principal propósito es permitir que la vida no consista en la subsistencia vital de una persona sino que vaya mucho más allá. Esos aspectos adicionales son propios de un sujeto dotado de dignidad que como agente moral, puede llevar a cabo su proyecto de vida. Cuando ello no sucede, las personas no viven con dignidad. Mucho más si padece de una enfermedad que le provoca intenso sufrimiento al paciente. En estos casos, ¿quién si no es la propia persona la que debe decidir cuál debería ser el futuro de su vida? ¿Por qué obligar a alguien a vivir, en contra de su voluntad, si las personas como sujetos derechos pueden disponer ellos mismos de su propia vida?¹⁸⁴

En segundo lugar, la Corte declaró que había un consenso sobre la existencia del derecho. Este consenso, particularmente, se basó en las dos sentencias anteriores sobre la materia y sobre las órdenes dadas al legislativo para regular la materia. Y, en tercer lugar, lo consideró un derecho fundamental por tratarse de una garantía susceptible de ser traducida en un derecho subjetivo en el cual, los actores activos y pasivos, así como el contenido mínimo estén claros.

A partir de la Sentencia hito del 2014, todas las sentencias posteriores se han referido al derecho a morir dignamente como un derecho fundamental y, a partir de los casos concretos que abordaron, la Corte profundizó

su protección y amplió sus contornos como se relató en el capítulo anterior.

Tener la naturaleza de derecho fundamental es un logro de la mayor importancia para un derecho emergente de creación judicial como la muerte digna. Esto significa que la protección a las decisiones autónomas sobre el fin de la vida y la muerte, incluida la posibilidad de acceder a la asistencia médica para causar la muerte en un momento determinado, está a la par de los derechos que la Constitución Política de 1991 considera de la mayor importancia, como la vida, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad.

Pero no se trata solamente de tener un mayor rango de importancia. Al ser un derecho fundamental, el derecho a morir dignamente goza de la mayor protección judicial disponible para los derechos constitucionales en Colombia: la acción de tutela. Se trata de un mecanismo de protección judicial expedito y desprovisto de excesivas formalidades jurídicas que les permite a las personas reclamar sus derechos ante acciones y omisiones de entidades públicas y privadas que vulneren o amenacen su goce efectivo.

La naturaleza de derecho fundamental ha permitido y potenciado el uso estratégico de la acción de tutela y de la intervención de los jueces de constitucionalidad para ampliar y profundizar el derecho a morir dignamente, para remover las barreras y para monitorear las acciones y omisiones de los actores del Sistema de Salud colombiano y de las autoridades.

Pero el hecho de ser reconocido como un derecho de naturaleza fundamental no sólo tiene implicaciones en la protección judicial. Al pertenecer a esta categoría privilegiada de derechos, su implementación y garantía no necesita de la regulación por parte de otros poderes públicos, particularmente del poder legislativo. Tiene, de esta manera, efectos y **aplicación inmediata**; las personas pueden reclamarlo directamente en el marco del Sistema de Salud colombiano y de las entidades que lo integran.

No obstante, como se indicó en el capítulo anterior, la lucha por la reglamentación ha sido una constante.

¹⁸⁴ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

La Corte ha exhortado al Congreso de la República a regular de forma exhaustiva para crear las reglas claras de implementación. A su vez, ha reconocido que la falta de éstas constituye una barrera y, ante la inacción de este poder público, ha optado por fijar los lineamientos y ordenar la reglamentación específica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, todo esto para garantizar que la Constitución y el precedente constitucional no pierdan efectividad y aplicación.

Un solo derecho, cuatro mecanismos para materializar la muerte digna

Con frecuencia, en Colombia el derecho a la muerte digna se entiende como sinónimo de eutanasia. No obstante, este mecanismo no agota su contenido esencial como derecho fundamental. El derecho a morir dignamente es un derecho multidimensional, esto significa que brinda varios mecanismos para hacerse efectivo; es decir, las personas pueden tomar múltiples decisiones sobre el fin de su vida y su muerte, todas estas opciones están protegidas por el derecho fundamental a la muerte digna¹⁸⁵.

El derecho a morir dignamente incluye, a la fecha, cuatro mecanismos para hacerse efectivo: el acceso a los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y la muerte médicamente asistida (MMA), dentro de esta última categoría se encuentran la eutanasia y la asistencia médica al suicidio. Se trata de un asunto de opciones que se le presentan a las personas, opciones para decidir y tomar el control del fin de su vida y muerte.

Estas opciones son todas compatibles entre sí. La jurisprudencia constitucional ha establecido que “todas deben contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminarse de todas las personas en el umbral de la muerte. Por esa razón, no puede imponerse a la persona agotar un mecanismo antes que otro, 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”¹⁸⁶.

El primer mecanismo es el acceso a **cuidados paliativos**, los cuales integran un conjunto diverso de prestaciones médicas y asistenciales orientadas a mejorar su calidad respecto del paciente y de su familia, a través de un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales. Dado que el cuidado paliativo es un procedimiento médico los pacientes pueden rechazarlo, a la vez, el acceso a los mismos no impide que, posteriormente, puedan optar por los otros mecanismos que brinda el derecho a morir dignamente¹⁸⁷.

El segundo mecanismo es la **Adecuación del Esfuerzo Terapéutico**¹⁸⁸, también conocida como la limitación del esfuerzo terapéutico o la readecuación de las medidas asistenciales. Este mecanismo es definido por Pérez-Pérez como “el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento”¹⁸⁹. El mismo autor pone en duda la denominación “limitación del esfuerzo terapéutico” y anota que “no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo, sino que cambian los objetivos terapéuticos (orientándose a otras áreas como sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.)”¹⁹⁰. Se pasa de la noción de limitar, en el sentido de no-hacer, a la de adecuar, es decir, ajustar a los objetivos terapéuticos y a la voluntad y preferencias de la persona que los recibe.

La normativa colombiana define la AET como la posibilidad de “ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece (sic) una enfermedad incurable

¹⁸⁵ Cfr. (1) Corte Constitucional colombiana, sentencias T-721 de 2017 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo). (2) C-233 de 2021 (MP: Diana Fajardo Rivera).

¹⁸⁶ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-233 de 2021 (MP: Diana Fajardo Rivera).

¹⁸⁷ Ley 1733 de 2014, art 4.

¹⁸⁸ Correa Montoya, Lucas, Giraldo Castaño, Mónica y Jaramillo Salazar, Camila, (2023). Interpretar la voluntad en el fin de la vida.

Lineamientos para garantizar los derechos a la capacidad jurídica y a la muerte digna. Bogotá: DescLAB. 43 p.

¹⁸⁹ Pérez-Pérez, F.M., (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. En *Revista Medicina de Familia SEMERGEN*. Volumen 41, número 8, 566 -574.

¹⁹⁰ Ibid.

avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos”¹⁹¹.

La AET puede incluir actos médicos relacionados con la abstención o la omisión de tratamientos, pero también puede incluir actos médicos relacionados con la acción como el retiro de medidas de soporte vital. Como lo señalan Sanchini, Nardini y Boniolo (2014), con frecuencia, estas decisiones se enmarcan en el final de la vida y en la muerte próxima. Los debates bioéticos se han enfocado en preguntarse por las intenciones médicas y la causalidad de la muerte en estos tipos de decisiones. En primer lugar, la intención médica no está directamente orientada a causar la muerte, sino a evitar la imposición del criterio profesional a la persona, prevenir el ensañamiento terapéutico y respetar sus decisiones debidamente informadas; aunque sea claro que de esas omisiones o acciones derivará la muerte. En segundo lugar, el enfoque en la causalidad ha encontrado un lugar seguro para argumentar que las omisiones o acciones no causan directamente la muerte, sino que lo que la causa es la enfermedad que experimenta la persona y la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico sólo desencadena lo inevitable¹⁹².

En cualquier caso, las discusiones sobre las intenciones y la causalidad en la AET no son en blanco y negro y, en la práctica, algunas omisiones y acciones en los actos médicos están más cerca de otros mecanismos del derecho a morir dignamente, particularmente, de la muerte médicamente asistida (MMA). En el contexto global, las discusiones sobre la AET han buscado encontrar un lugar diferenciado para indicar qué es legal y qué no lo es, distinguiendo algunas prácticas de la AET de la MMA (eutanasia y asistencia médica al suicidio), esto para posibilitar una discusión sobre las decisiones en el final de la vida en los entornos médico-asistenciales al

¹⁹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 229 de 2020. Artículo 5.1.1.1. (c) Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.

¹⁹² Sanchini V, Nardini C, Boniolo G. (2014). The withholding/withdrawing distinction in the end-of-life debate. En *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. March 11th; Volumen 9, número (1):13. Doi: 10.1186/2049-6958-9-13. PMID: 24618461; PMCID: PMC3978132.



margen de lo que en un lugar específico pueda ser considerado un delito o no. El contexto colombiano, en el cual todos los mecanismos posibles relacionados con el derecho a morir dignamente son legales, es particularmente fértil para tener este tipo de discusiones bioéticas y, en lugar de enfocarnos en diferenciar estrictamente la AET de la MMA para evitar hablar de conductas ilegales o delictivas, podemos encontrar puntos de contacto, cercanía y complementariedad entre los mismos.

Bajo la sombrilla de la **muerte médicamente asistida** encontramos el tercer y cuarto mecanismo para hacer efectivo el derecho a morir dignamente. Estos mecanismos proveen la asistencia médica segura, acompañada y protegida para causar la muerte en un momento determinado de acuerdo con la voluntad de una persona.

La **eutanasia** es el tercer mecanismo, se trata de un acto médico mediante el cual un profesional de la medicina causa directamente la muerte de una persona que cumple con los requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico. La eutanasia se encuentra despenalizada por la Sentencia C-239 de 1997, a la fecha no ha sido regulada a través de una ley expedida por el Congreso de la República y, por el contrario, se encuentra reglamentada para los adultos a través de la Resolución 971 de 2021 y para los niños, niñas y adolescentes a través de la Resolución 825 de 2018 por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de órdenes judiciales adoptadas por la Corte Constitucional.

La **asistencia médica al suicidio** (AMS) es el cuarto mecanismo, se trata de un acto médico mediante el cual un profesional de la medicina brinda los medios para que una persona, que cumple con los requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico, se cause su propia muerte de forma segura, acompañada y protegida. La AMS se encuentra despenalizada por la Sentencia C-164 de 2022 y a la fecha no ha sido regulada por el Congreso de la República ni reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se detalló a lo largo del primer capítulo, los mecanismos para hacer efectivo el derecho a morir dignamente no surgieron uniformemente, sino de

forma paulatina y a diferentes ritmos. La discusión y el proceso de emergencia del derecho comenzó en 1993 con casos relativos a la AET; posteriormente en 1997 se despenalizó la eutanasia; en el tercer momento, entre 2014 y 2020 la Corte entendió los cuidados paliativos dentro de la sombrilla del derecho a morir dignamente y; posteriormente en 2022 despenalizó la AMS.

La multidimensionalidad del derecho a morir dignamente implica que la dignidad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad se garanticen en el fin de la vida. La existencia de diferentes mecanismos busca que la vida, en sus últimos momentos, corresponda con los deseos y decisiones de las personas y, que éstas, no se vean constreñidas a vivir el fin de su vida en contra de lo que valoran digno para su propia existencia, en el marco de dolores y sufrimientos cercanos a la tortura, a los tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Los requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente

El derecho a morir dignamente está regulado detalladamente en Colombia. Para acceder a sus mecanismos, particularmente a través de la eutanasia o de la asistencia médica al suicidio, hay cumplir estrictos requisitos fijados en la jurisprudencia constitucional y en la reglamentación vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Otros mecanismos del derecho adoptan los requisitos fijados a la muerte médicamente asistida en el plano médico-asistencial.

Desde 1997, la Corte Constitucional a través de la Sentencia C-239 de 1997 estableció los cuatro requisitos generales para acceder a la eutanasia. A lo largo de los diferentes momentos de desarrollo jurisprudencial relatados en el capítulo anterior la Corte los ha reiterado sistemáticamente, ha precisado su contenido, ha eliminado las barreras presentes en los mismos y los ha aplicado analógicamente a otros mecanismos del derecho a morir dignamente.

Primer requisito: manifestar el consentimiento de forma libre, informada e inequívoca

Ejercer el derecho a morir dignamente a través de cualquiera de sus mecanismos es una decisión personal en la que cada persona valora sus condiciones de vida a la luz de su propia idea de dignidad. Al tratarse de una decisión irreversible y dada la importante protección que el ordenamiento jurídico colombiano le provee a la vida, la decisión de ponerle fin, a través de cualquiera de las formas disponibles, debe partir del consentimiento de la persona.

Pero no se trata de cualquier tipo de manifestación de la voluntad. A lo largo del proceso de emergencia del derecho fundamental a morir dignamente, la jurisprudencia constitucional ha desarrollado las características estrictas que debe satisfacer, los momentos en que puede tener lugar y la posibilidad de brindar apoyos a la persona que en un momento dado no pueda tomar la decisión por sí misma.

Desde los inicios de la emergencia del derecho a morir dignamente, en la **Sentencia C-239 de 1997** se fijaron las cuatro características que debe satisfacer el consentimiento para considerarse suficiente y válido para acceder a la eutanasia. Según la Corte Constitucional, “el consentimiento del sujeto pasivo debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión”¹⁹³.

Posteriormente, la **Sentencia T-970 de 2014** detalló el significado de cada una de estas características. Que el consentimiento sea **libre** “[...] implica que no existan presiones de terceros sobre su decisión. Lo determinante es que el móvil de la decisión sea la genuina voluntad del paciente de poner fin al intenso dolor que

padece”¹⁹⁴. Debe ser una decisión que sea constatada estrictamente por el Sistema de Salud¹⁹⁵ para evitar que las solicitudes de acceso a la muerte digna, y particularmente a la muerte médicamente asistida, sean producto de situaciones de pobreza, falta de cuidado, falta de atención en salud, entre otros factores sociales que pudieran ser resueltos.

El consentimiento debe ser **informado**, esto significa que la persona y su familia deben contar con toda la información objetiva y necesaria para tomar la decisión, de forma que nos sea apresurada o sesgada¹⁹⁶, producto del impacto de una situación difícil o de la falta de información sobre los tratamientos disponibles y su probabilidad de éxito. También significa que quién toma la decisión sea competente para comprender el alcance de la decisión que está tomando y los efectos irreversibles que de ella derivan¹⁹⁷, que la decisión de acceder a la muerte digna, y particularmente a la muerte médicamente asistida, no sea el producto de momentos de consciencia alterados, críticos, psicóticos o depresivos¹⁹⁸.

Finalmente, el consentimiento debe ser **inequívoco**, esto significa que la decisión de acceder a la muerte digna sea clara, completa, que no deje lugar a duda alguna y que sea consciente y sostenida en el tiempo¹⁹⁹.

La jurisprudencia constitucional ha reconocido, además, que la manifestación del consentimiento puede tener lugar en diferentes momentos. Puede ser **posterior** al momento en que una persona se entera de su diagnóstico médico y, esa situación, catalice la decisión sobre alguno de los mecanismos para acceder a la muerte digna. No obstante, este momento para manifestar el consentimiento puede no funcionar en todos los casos, ello porque la enfermedad o la situación de salud, como en los casos de emergencia o accidente, puede no dar el tiempo suficiente o puede deteriorar, más o menos rápido, la situación de salud, la calidad

¹⁹³ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-239 de 1997 (MP: Carlos Gaviria Díaz).

¹⁹⁴ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

¹⁹⁵ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-322 de 2017 (MP: Aquiles Arrieta Gómez).

¹⁹⁶ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

¹⁹⁷ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-322 de 2017 (MP: Aquiles Arrieta Gómez).

¹⁹⁸ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

¹⁹⁹ Ibid.

de vida o la habilidad y competencia para tomar una decisión libre, informada e inequívoca sobre los diferentes mecanismos para hacer efectivo el derecho a morir dignamente.

Por esto, la jurisprudencia ha reconocido que la manifestación del consentimiento puede ser también **pre-
via o anticipada** a conocer el diagnóstico o a estar en una situación de no poder manifestar la voluntad producto del deterioro de la salud y de la calidad de vida. A lo largo del proceso de emergencia del derecho a morir dignamente, particularmente la sociedad civil, ha desarrollado diferentes documentos y herramientas que permiten a las personas manifestar su voluntad de manera anticipada. Diferentes organizaciones disponen de documentos denominados “testamentos vitales” o “documentos de voluntad anticipada” que brindan información sencilla sobre los requisitos que se deben cumplir y opciones disponibles, así como formatos que incluyen las decisiones concretas y las personas definidas para hacerlas valer en el momento en que resulte pertinente.

Los **documentos de voluntad anticipada** fueron abordados tangencialmente por la Ley 1733 de 2014²⁰⁰ y luego reglamentados inicialmente por la **Resolución 1051 de 2016**. La reglamentación inicial se refería solo a las decisiones anticipadas sobre la AET y no abordaba directamente la posibilidad de decidir anticipadamente sobre la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia. No obstante, dichos documentos comenzaron a ser utilizados para manifestar la voluntad anticipadamente en los casos de eutanasia en la medida que la reglamentación no lo prohibía y, por tanto, podía ser usada de manera análoga. La Resolución 1051 de 2016 estableció los contenidos mínimos del documento²⁰¹ y la manera como debía ser formalizado. Para esa época el documento debía ser presentado siempre ante notario público. Esta restricción generó que su formalización ante testigos o por medio de otros mecanismos diferentes al escrito, resultaran poco prácticos para la toma de decisiones²⁰².

En 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó la reglamentación a través de la **Resolución 2665 de 2018**. En ella tampoco se mencionó explícitamente

la posibilidad de usar este tipo de documentos en casos de muerte médicamente asistida a través de la eutanasia a pesar de que la Resolución 1216 de 2015 había establecido que este tipo de documentos eran válidos para manifestar el consentimiento en estos casos²⁰³. No obstante, esta falla, esta resolución corrigió dos aspectos principales: primero, amplió las opciones de formalización para que el documento pueda ser suscrito y formalizado a través de testigos o ante el médico tratante y no solamente ante notario público. Segundo, permitió que la manifestación fuera hecha en audio y vídeo siempre que cumpliera con los contenidos mínimos, sin necesidad de formalizarla ante notario como lo exigía la anterior reglamentación.

Además del consentimiento posterior y anticipado, la jurisprudencia ha establecido también que el consentimiento puede ser **formal o informal**, entendiendo formal por la vía escrita e informal por la vía verbal²⁰⁴. La reglamentación, como ya se ha establecido, ha intentado brindar diferentes opciones y mecanismos para manifestar la voluntad de manera válida y anticipada con más o menos requisitos, intentando lograr un medio entre la formalidad exigida por el tipo de decisión que se toma y las facilidades necesarias para que, al momento de decidir, la persona encuentre las menores barreras que impidan la garantía de su derecho a morir dignamente.

Finalmente, la jurisprudencia, a partir de la Sentencia T-970 de 2014, estableció que el consentimiento también podía ser **sustituto**. Esta opción excepcional se configura “cuando la persona que sufre de una enfermedad terminal se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento. En esos casos y en aras de no prolongar su sufrimiento, la familia podrá sustituir su consentimiento. En esos eventos, se llevará a cabo el mismo procedimiento establecido en el párrafo anterior, pero el comité interdisciplinario deberá ser más estricto en el cumplimiento de los requisitos”²⁰⁵. La figura del consentimiento sustituto no ha sido pacífica en el proceso de emergencia del derecho a morir dignamente, particularmente cuando se refiere a la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia.

²⁰⁰ República de Colombia, Ley 1733 de 2014, art. 5(4).

²⁰¹ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1051 de 2016, art. 4.

²⁰² Ibid., art. 6 parágrafo.

²⁰³ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216 de 2015, art. 15.

²⁰⁴ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

²⁰⁵ Ibid.

La Resolución 1216 de 2015, que reglamentó el procedimiento y las responsabilidades de los actores del Sistema de Salud en lo que a la eutanasia se refiere, fusionó los conceptos de consentimiento sustituto con el de consentimiento anticipado al establecer que “[...] en caso de que la persona mayor de edad se encuentre en incapacidad legal o bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, dicha solicitud podrá ser presentada por quienes estén legitimados para dar el consentimiento sustituto, **siempre y cuando la voluntad del paciente haya sido expresada previamente mediante un documento de voluntad anticipada o testamento vital y requiriéndose, por parte de los familiares, que igualmente se deje constancia escrita de tal voluntad**”²⁰⁶.

Posteriormente, las Sentencias T-721 de 2017 y T-060 de 2020 tuvieron que volver sobre dicho asunto para establecer que, al haberse efectuado esta fusión, en efecto se eliminó la figura del consentimiento sustituto establecido en la Sentencia T-970 de 2014 y se hizo nugatorio el derecho a morir dignamente de las personas que, eventualmente, se llegaran a encontrar en imposibilidad de manifestar su consentimiento. Desde 2017 la Corte ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social reglamentar la materia, orden que sigue sin ser cumplida.

Debido a los avances normativos relacionados con el derecho al igual reconocimiento ante la ley y a la capacidad jurídica, el concepto de consentimiento sustituto resulta hoy día inadecuado. Actualmente, a nivel global y en Colombia, es necesario hacer el tránsito desde el enfoque de la sustracción de la capacidad jurídica hacia el enfoque de la provisión de apoyos para la toma de decisiones²⁰⁷.

Este cambio paradigmático²⁰⁸ implica que todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad, aquellas en

estado de coma, vegetativo o en estado de mínima conciencia, con deterioro cognitivo, demencias, entre otras situaciones, sean reconocidas como personas capaces de tomar decisiones y titulares de diferentes apoyos para lograrlo. Dichos apoyos varían en profundidad y dependen de las necesidades particulares de cada persona en un momento determinado. De este cambio se desprende que no sea posible hablar de consentimiento sustituto cuando al acceso al derecho a morir dignamente se refiere porque, con independencia del estado de salud de la persona, todas se consideran con capacidad jurídica, la cual no puede ser sustraída ni sustituida y, por el contrario, son titulares de apoyos para tomar decisiones y para ejercer su capacidad jurídica.

No obstante, que las normas jurídicas reconozcan la capacidad jurídica a todas las personas no implica que todas las personas se encuentren siempre en posibilidad real de tomar decisiones y, cuando se trata de acceder a la muerte digna, de manifestar el consentimiento de forma libre, informada e inequívoca. El Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha establecido que: “cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar las preferencias de una persona, la determinación del interés superior debe ser sustituida por la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona”²⁰⁹.

Tradicionalmente, el uso del interés superior de la persona ha llevado a que, en los casos más complejos, quienes asistían a la persona debían pensar y decidir en función de lo que se consideraba objetivamente bueno o deseable para una persona, con independencia de si ella lo habría decidido, preferido o no²¹⁰. Parecía ser un principio objetivo en donde se garantizaban los derechos de las personas. Producto de la aplicación del criterio

.....

²⁰⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216 de 2015, art. 15.

²⁰⁷ Cfr. (1) Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (2007). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (A/RES/61/106). Art. 12. (2) Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). Observación General núm. 1, artículo 12: Igual reconocimiento ante la ley. (CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014). (3) República de Colombia, Ley 1996 de 2019.

²⁰⁸ Cfr. (1) Bach, Michael and Kerzner, Lana. (2010). A New Paradigm for Protecting Autonomy and The Right to Legal Capacity. Advancing Substantive Equality for Persons with Disabilities through Law, Policy and Practice. Commissioned and submitted to The Law Commission of Ontario. (2) Dinerstein, Robert D. (2012). “Implementing Legal

Capacity Under Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The Difficult Road from Guardianship to Supported Decision-Making”. *Human Rights Brief* 19, no. 2 (2012): 8-12. (3) Quinn, Gerard. (2010). “Personhood & Legal Capacity. Perspectives on the Paradigm Shift of article 12 CRPD”. HPOD Conference, Harvard Law School, 20, February.

²⁰⁹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). Observación General núm. 1, artículo 12: Igual reconocimiento ante la ley. (CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014), ¶ 21.

²¹⁰ Donnelly, M. (2016). Best interests in the mental capacity act: time to say goodbye. En *Medical Law Review*, 24(3), 318-332.

del interés superior de la persona, los profesionales de la medicina, en casos de urgencia, por ejemplo, desplegaban todas las medidas asistenciales posibles, pues preservar la vida y la salud eran considerados intereses superiores de la persona que siempre debían prevalecer.

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Observación General Número 1 sobre Capacidad Jurídica exigen dejar de usar el principio del interés superior y brindar apoyos usando el principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona. Este ejercicio de interpretación es entendido por Skowron²¹¹ en dos sentidos: como un proceso y un resultado, a través del cual se brindan apoyos en la toma de decisiones y no se sustituye la voluntad de la persona.

La mejor interpretación de la voluntad y las preferencias es un tipo de apoyo de alta intensidad que debe ser usado excepcionalmente cuando la persona no esté en condiciones fácticas de comunicarse y esté en absoluta imposibilidad de manifestar su voluntad y preferencias por cualquier medio o modo. Hacer la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona implica que, terceras personas de la red de apoyo, a partir del conocimiento que tienen de la persona, de sus valores, principios, creencias, decisiones previas, conversaciones sostenidas a lo largo de la vida, entre otros elementos de interpretación y juicio, indiquen de manera razonable y sustentada, qué hubiera decidido la persona al encontrarse en esta situación si pudiera manifestar su consentimiento de forma directa.

El uso del principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona **no es una forma de sustituir el consentimiento** de la persona. Como un proceso²¹², quien hace la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias no decide por la persona, no impone su voluntad y ni preferencias por encima de ella. Por el contrario, al interpretar lo que la persona hubiera decidido ella misma, le brinda apoyos, del tipo más profundo disponible, para que sus deseos sean interpretados, conocidos y respetados.

Como un resultado²¹³, que se permita usar este principio no significa automáticamente que la persona podrá acceder a los mecanismos del derecho a morir dignamente, particularmente a la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia. Significa, por el contrario, que se le permitirá a la red de apoyo hacer la mejor interpretación de la voluntad y de las preferencias de la persona para brindarle apoyos y, producto de dicho ejercicio, se establecerá, en primer lugar, si esa hubiera sido la voluntad de la persona; en segundo lugar, si por el contrario la persona se hubiera negado o, en tercer lugar, si la red de apoyo no cuenta con elementos suficientes para llevar a cabo esa mejor interpretación.

Volver operativo el principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias le permite a las personas que lleguen a encontrarse en imposibilidad de manifestar su voluntad y preferencias, que su red de apoyo pueda brindarle apoyos profundos para hacer valer los valores, creencias, principios que integran su vida biográfica: aquella que va más allá de la existencia biológica, la vida que está llena de proyectos, metas, objetivos, relaciones, satisfacción, aquella vida que la persona consideraba llena de sentido y de dignidad, la vida que esa persona quería y deseaba vivir.

El requisito de manifestar el consentimiento de forma libre, informada e inequívoca ha sido desarrollado profundamente por la jurisprudencia para acceder a la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia, sin embargo, en la práctica sus características y modalidades se ha extendido a los demás mecanismos disponibles, es decir, a los cuidados paliativos, a la adecuación del esfuerzo terapéutico y a la asistencia médica al suicidio.

Segundo requisito: tener una enfermedad grave e incurable

El segundo requisito para acceder a los mecanismos que brinda el derecho a morir dignamente es que la persona, sea mayor o menor de edad, tenga una enfermedad debidamente diagnosticada que sea grave e incurable.

.....

²¹¹ Skowron, Paul. (2019). Giving substance to 'the best interpretation of will and preferences'. En *International Journal of Law and Psychiatry*, 62 (2019) 125-134.

²¹² Ibid.

²¹³ Ibid.

Volver operativo el principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias le permite que la red de apoyo pueda brindar apoyos para hacer valer los valores, creencias, principios que integran la vida biográfica de la persona que no puede manifestar su voluntad en un momento dado.

A través de la Sentencia C-233 de 2021 la Corte Constitucional precisó este requisito para los casos específicos relativos a la muerte médicamente asistida. En primer lugar, la persona debe tener una condición patológica cierta, **debidamente diagnosticada** por un profesional de la medicina especialista en el tema, es decir, no debe existir duda sobre la situación que aqueja a la persona.

En segundo lugar, la enfermedad debe ser **incurable**, es decir, que con los conocimientos, tecnologías y recursos en salud disponibles no sea posible eliminar o revertir el curso de dicha enfermedad, es decir, que en el momento presente con los recursos disponibles no pueda ser curada.

En tercer lugar, la enfermedad debe ser **grave**, de acuerdo con la Sentencia C-233 de 2021, sus efectos sobre la persona deben impactar negativamente su bienestar clínico²¹⁴. En el centro de la condición de enfermedad grave está la calidad de vida, una enfermedad será considerada de esta forma cuando la persona que la tiene considere que sus efectos tienen un impacto negativo sobre cómo vive, sobre su bienestar y su calidad de vida, con independencia de si la muerte es previsible en el corto, mediano o largo plazo.

A través de las Sentencias C-233 de 2021, T-414 de 2021 y T-239 de 2023, la Corte Constitucional estableció que ya no era necesario tener una enfermedad calificada en estado terminal para poder solicitar la muerte médicamente asistida a través de la eutanasia y que este requisito, presente en el precedente desde el año de 1997, se había convertido en una barrera para acceder al derecho a morir dignamente.

Previo a la Sentencia C-233 de 2021, desde 1997 la jurisprudencia constitucional exigía como requisito para acceder a la muerte médicamente asistida, tener una enfermedad en estado terminal. El razonamiento judicial tras este requisito era que las personas que enfrentan una enfermedad terminal saben que no puede ser curados y, por ende, no optan entre la muerte y muchos años de vida, sino entre morir en las condiciones que

escogen o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas que juzga y considera indignas²¹⁵.

La Ley 1733 de 2014 había introducido la definición de enfermo en fase terminal que sería replicada en la Resolución 1216 de 2015²¹⁶, en la Resolución 825 de 2018 y en la Resolución 971 de 2021. La Ley define el concepto como “[...] todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica 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 curativo 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”²¹⁷.

Ni la jurisprudencia constitucional, ni la Ley 1733 de 2014, ni las resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social precisaban qué significaba tener un pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve. Fue el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia el documento oficial, sin valor de norma jurídica, el que fijó el tiempo máximo de seis meses que se consideraba próximo, así como las pruebas estandarizadas que se recomiendan para determinar la situación de enfermedad terminal²¹⁸.

A través de las sentencias C-233 de 2021 y T-414 de 2021²¹⁹, la Corte Constitucional estableció la Corte afirmó que no era necesario esperar a que la muerte estuviera próxima o a que el estado de salud se deteriorara profundamente para hacer previsible la muerte en un tiempo relativamente corto. Al hacerlo, la Corte reconoció que al imponer a una persona tener una enfermedad en estado terminal, es decir, que la muerte fuera previsible en un tiempo inferior a seis meses, se vulneraban los derechos a la muerte digna, a la vida digna, a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad y que se corría el riesgo de someter a las personas a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

214 Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-233 de 2021 (MP: Diana Fajardo Rivera).

215 Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-239 de 1997 (MP: Carlos Gaviria Díaz).

216 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216 de 2015, art. 2.

217 República de Colombia, Ley 1733 de 2014, art. 2.

218 Ministerio de Salud y Protección Social, Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Universidad de Antioquia, la Universidad Nacional de Colombia y la Fundación Meditech, 2015, pág. 13.

219 Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-414 de 2021. (MP: Cristina Pardo Schlesinger).

Este requisito se extiende igualmente al acceso a los cuidados paliativos y a la adecuación del esfuerzo terapéutico, sin embargo, a lo largo de los años ha generado menos discusiones y tensiones jurídicas y bioéticas en comparación con su aplicación a la muerte médicamente asistida.

Tercer requisito: experimentar sufrimiento físico o psíquico incompatible con la idea propia de dignidad

No basta con tener una enfermedad grave e incurable, ni con haber manifestado el consentimiento para acceder al derecho a morir dignamente; se requiere, en tercer lugar, que dicha enfermedad genere un intenso sufrimiento, físico o psíquico, que la persona valore incompatible con su idea de dignidad.

La Corte ha reconocido, desde la Sentencia C-239 de 1997, que este elemento es puramente subjetivo, que responde a la esfera más íntima de la persona y que, aun cuando existan herramientas científicas o técnicas para determinar o calificar el dolor, es la persona misma quien mejor puede juzgar si el dolor y el sufrimiento son o no compatibles con su idea de dignidad y, ejercer así, su derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad para decidir las condiciones y el momento en que su vida debe llegar al fin.

Existe, como se indicó en la Sentencia T-970 de 2014, una prevalencia de la autonomía de la persona sobre los criterios médicos. En esta decisión la Corte estableció que:

[...] una vez se tenga certeza de que se trata de una patología terminal, adquiere relevancia el elemento subjetivo, consistente en el dolor que cause sufrimiento intenso al paciente. Aunque se pueda establecer médicamente que una enfermedad implica mucho dolor (aspecto objetivo), limitar esa certeza a un concepto médico choca con la idea misma de autonomía y libertad de las personas. Nadie más que el propio paciente sabe que algo le causa un sufrimiento de tal envergadura que se hace incompatible con su idea de dignidad. Los dolores pueden ser médicamente de muchas clases y la falta de acuerdo médico puede llevar a la vulneración de los derechos del

paciente. Aunque el papel del médico en estos procedimientos es indispensable, no por ello es absoluto. De esta manera, será la voluntad del paciente la que determine qué tan indigno es el sufrimiento causado, aunado a los exámenes médicos. No pueden los médicos oponerse a la voluntad del paciente cuando quiera que objetiva y subjetivamente su voluntad se encuentra depurada. Existe una prevalencia de la autonomía del enfermo²²⁰.

El dolor y el sufrimiento que pueden llegar a padecer una persona —los cuales catalizan la aplicación del derecho a morir dignamente— deben entrar en estricta relación con la dignidad humana. Esto quiere decir que el acceso a los mecanismos del derecho a morir dignamente no se sigue inmediatamente del dolor o sufrimiento que pueda padecer una persona, sino de la valoración subjetiva y personal que ella hace de su situación. Esto hace que la decisión de poner fin a la vida sea una decisión personal, relacionada con lo que la persona juzga para sí misma como deseable, con su idea de vida digna, pero también con su situación familiar, con sus convicciones personales, inclusive religiosas.

La Corte profundizó:

[...] los interrogantes planteados muestran la estrecha relación que tiene el derecho a la muerte digna con la dignidad humana. En criterio de esta Sala, morir dignamente involucra aspectos que garantizan que luego de un ejercicio sensato e informado de toma de decisiones, la persona pueda optar por dejar de vivir una vida con sufrimientos y dolores intensos. Le permite alejarse de tratamientos tortuosos que en vez de causar mejoras en su salud, lo único que hacen es atentar contra la dignidad de los pacientes. Cada persona sabe qué es lo mejor para cada uno y el Estado no debe adoptar posiciones paternalistas que interfieran desproporcionadamente en lo que cada cual considera indigno²²¹.

Recientes sentencias han tenido que enfrentar la tensión entre esta decisión personal y la intervención de otras personas en la valoración de ese dolor o sufrimiento. Situación que se relaciona también con el requisito del consentimiento que se desarrolló previamente. En las Sentencias T-544 de 2017, T-721 de 2017 y T-060 de 2020 la Corte se enfrentó a situaciones en las que la valoración

²²⁰ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

²²¹ Ibid.

del sufrimiento y de la vida digna las llevaban a cabo otras personas, en los dos primeros casos los padres, en el último una hija. Adicionalmente, por la situación de salud y de discapacidad no era posible recurrir a la persona para recabar su posición o valoración de la dignidad de su vida, en el último caso, aún antes del deterioro producido por la enfermedad grave e incurable, la mujer a quien se le iba a practicar el procedimiento, no había dado luces ni asomo alguno de decisión anticipada, subsistía la duda sobre la valoración personal sobre el sufrimiento insoportable y el deterioro de la vida digna, dudas que se mezclaban con el cansancio de los cuidadores y un supuesto cansancio vital.

La valoración del sufrimiento como incompatible con la idea propia de dignidad puede lograrse, en los casos en que la persona no puede manifestar su voluntad o hacer ella misma la valoración, a través de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias que pueden hacer las personas unidas por el parentesco, la confianza y la cercanía y que pueden proveer apoyos. Sobre la base de valoraciones previas, opiniones, decisiones y prioridades previamente expresadas, estas personas de la red de apoyo tienen la posibilidad de hacer esa mejor interpretación para decidir si la persona, habría decidido acceder a la muerte digna a través de algunos de sus mecanismos o, si, por el contrario, se habría opuesto.

A la vez, ni la jurisprudencia constitucional ni la reglamentación derivada han calificado el tipo de dolor que debe experimentar la persona; basta con que ese dolor, sea físico o psicológico, sea calificado o valorado por la persona que lo experimenta como intenso, insoportable e incompatible con su idea de vida digna. Por ello, este requisito aplica a cualquier tipo de dolor o sufrimiento que experimente la persona y, por tanto, no se restringe al dolor o sufrimiento físico. La intervención del Colegio Colombiano de Psicólogos en la Sentencia T-322 de 2017 fue particularmente reveladora frente a la importancia de tener en cuenta la faceta de dolor psicológico que puede derivarse de la enfermedad terminal: “el dolor y el sufrimiento no se refieren exclusivamente al deterioro o daño físico de una persona, ya que incluyen el sufrimiento psicológico asociado a la edad avanzada, a la pérdida de la autonomía física, a la percepción de abandono

psicológico o pérdida de la dignidad, que conlleva al deterioro de la calidad de la vida de quien lo experimenta”²²².

A través de la Sentencia T-423 de 2017 la Corte estableció que, el derecho a la muerte digna por medio de la eutanasia “es aplicable no solamente a los padecimientos de dolores corporales, sino análogamente a todos aquellos eventos que, en razón de una enfermedad, se menoscaben la salud e integridad física o mental de la persona”²²³. En los casos recientes referidos a enfermedades neurodegenerativas, la Corte Constitucional ha tenido la oportunidad de acercarse a la intersección entre el dolor y el deterioro físico que enfrentan las personas en conjunto con el sufrimiento psíquico que implica saber que el deterioro continuará y se profundizará, afectando de forma importante la autonomía, la independencia, la libertad y la dignidad humana.

En la Sentencia C-233 de 2021, la Corte Constitucional tuvo la oportunidad de reflexionar con mayor profundidad y detalle sobre el requisito de experimentar un dolor y sufrimiento incompatible con la idea propia de dignidad. La Corte reconoció que existen diferentes enfoques y corrientes teóricas para abordar el dolor, el sufrimiento y su naturaleza. Una primera corriente lo aborda como objeto de percepción sensible sobre alguna parte del cuerpo, esto quiere decir que “el dolor tiene condiciones espacio temporales y grados de intensidad que se encuentran en algunas zonas o partes del cuerpo. El dolor se comprende así desde características físicas o condiciones que han provocado daños o traumas en los tejidos corporales”²²⁴ por tanto, es posible describirlo, cuantificarlo, evaluarlo y compararlo.

Una segunda corriente afirma que “cada persona tiene un acceso epistemológico único y privilegiado a su padecimiento del dolor o, en otros términos, que cada uno cuenta con autoridad epistémica para predicar que lo invade el dolor. El sentimiento de dolor es entonces privado, íntimo y personal en la medida en que quien lo sufre, y no otro, es quien puede directamente conocerlo”²²⁵. La Corte, en línea con la jurisprudencia previa privilegió la naturaleza subjetiva de este requisito advirtió como la imposición de criterios objetivos sobre el dolor y el sufrimiento genera riesgos y eventuales vulneraciones a los derechos constitucionales.

• • • • •

²²² Cfr. intervención del Colegio Colombiano de Psicólogos en la Sentencia T-322 de 2017 (MP: Aquiles Arrieta Gómez).

²²³ Corte Constitucional colombiana, Sentencia T-423 de 2017 (MP: Iván Humberto Escruera Mayolo).

²²⁴ Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-233 de 2021 (MP: Diana Fajardo Rivera).

²²⁵ Ibid.

La Corte indicó que:

La denegación o la puesta en duda de la existencia o alcance del padecimiento de dolor no solo significa anular o degradar la experiencia del paciente, sino que también implica, debido a la imposibilidad *per se* de conocerlo directamente por el otro, un atropello de la autonomía y dignidad de la persona que lo soporta. En consecuencia, la imposición de un criterio ajeno sobre el alcance del dolor, los cuestionamientos en torno a cómo éste se hace o no patente, o la exigencia de certeza sobre su estado desbordan la comprensión de una experiencia subjetiva ajena²²⁶.

En esta decisión, la Corte también se pronunció sobre el sufrimiento mental o psicológico y reconoció múltiples manifestaciones que van más allá de lo físico:

El sufrimiento, en tanto estado emocional que se proyecta a partir de una condición médica extrema [...] no se agota en el dolor físico, sino que se proyecta en una dimensión mental. El sufrimiento derivado de la enfermedad se asocia también con las cargas que imponen los diagnósticos y tratamientos al paciente; se hace más profundo por la incertidumbre del resultado; se materializa en las relaciones familiares; y guarda una profunda relación con el tiempo, pues la anticipación del dolor futuro o de la muerte pueden agudizar o moderar la intensidad del sufrimiento²²⁷.

Retomando lo establecido en la Sentencia T-970 de 2014, la Sentencia C-233 de 2021 sintetizó así las subreglas de decisión en relación con este requisito. En primer lugar, la dimensión subjetiva del dolor y el sufrimiento prima en una eventual discusión o desacuerdo entre el paciente, los médicos y el Sistema de Salud, pues, con independencia de los medios para comprender el fenómeno del dolor y el sufrimiento, estos constituyen ante todo una experiencia subjetiva de la persona²²⁸. En segundo lugar, las herramientas técnicas y científicas permiten la comprensión del dolor y el sufrimiento desde la medicina y contribuyen al acceso al derecho a la muerte digna, pues permiten y potencian un diálogo médico-paciente para transmitir y comunicar la información sobre la ubicación y sensación de intensidad del dolor²²⁹.

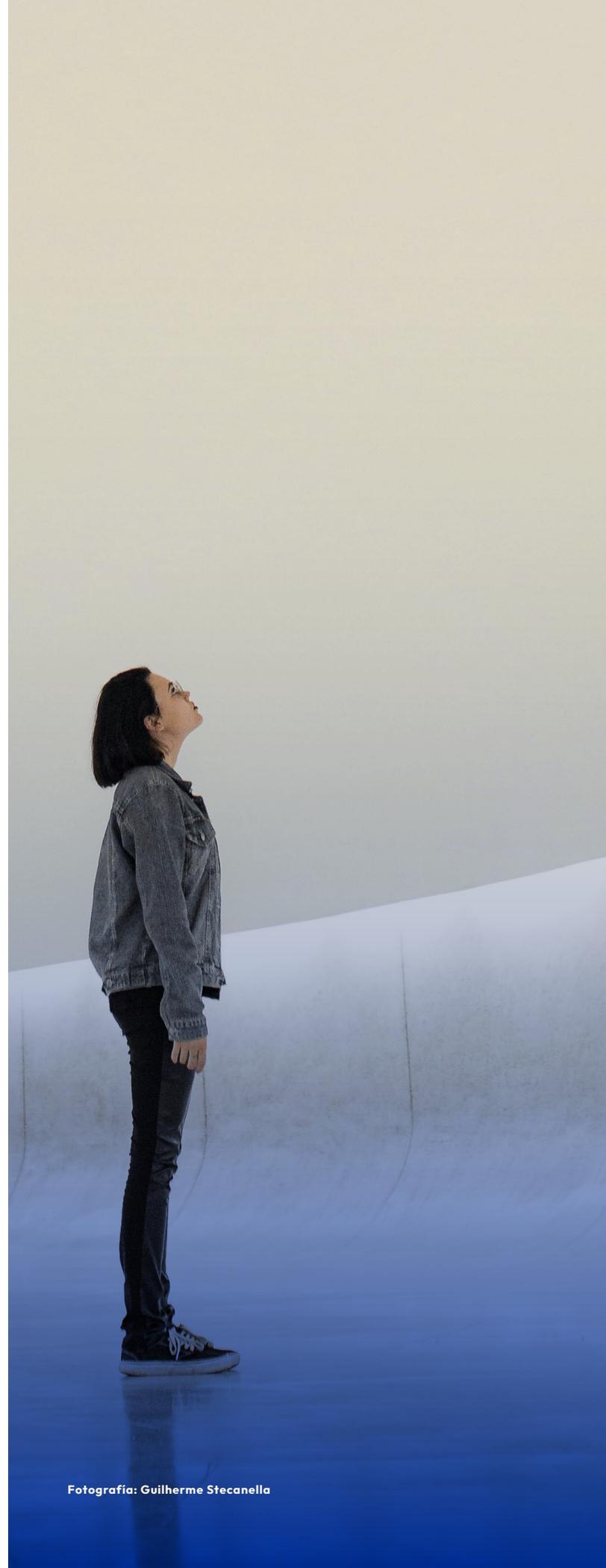
.....

²²⁶ Ibid.

²²⁷ Ibid.

²²⁸ Ibid.

²²⁹ Ibid.



Fotografía: Guilherme Stecanella

La jurisprudencia constitucional colombiana ha acertado, desde el inicio de su protección y desarrollo del derecho a morir dignamente, al abordar el dolor y sufrimiento no sólo desde la faceta física sino incluyendo la faceta psíquica, mental o psicológica en igualdad de condiciones. A la par, ha sido un acierto que en la valoración personal del sufrimiento primen los elementos subjetivos que le permiten a las personas decidir cuando la situación que enfrentan es o no compatible con su propia idea de dignidad humana.

La primacía del elemento subjetivo en la valoración del sufrimiento ha evitado generalizaciones indebidas relacionadas con la enfermedad que fácilmente pueden llevar a considerar, en abstracto que una enfermedad o un tipo de vida en particular no es digna de ser vivida. Estos riesgos bioéticos y eugenésicos no se han materializado en el contexto colombiano pues, es cada persona, en su situación particular quien valora si la forma como vive es compatible con su idea de dignidad o no. Eso hace que varias personas en situaciones análogas hagan valoraciones diferentes, unas decidan continuar viviendo mientras otras deciden poner fin a su vida, decisiones todas protegidas por el ordenamiento jurídico.

Cuarto requisito: que la asistencia sea prestada por un profesional de la salud

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental que brinda a las personas la posibilidad de tomar decisiones autónomas sobre el fin de la vida y la muerte. Estas decisiones deben permitir que la muerte sea segura, acompañada y protegida, por ello, los actos médicos y los servicios de salud específicos deben ser acompañados y provistos por profesionales de la medicina en el marco del Sistema de Salud, no por miembros de la familia, ni por personas sin el conocimiento ni la experiencia, ni de forma insegura o clandestina.

Desde el año 1997, la Corte Constitucional estableció que la eutanasia, es decir, la ayuda directa y efectiva para poner fin a la vida en particular debía ser llevada a cabo por un profesional de la medicina pues es quien

tiene la formación, el conocimiento y la experiencia para interlocutar con la persona, informarle de su situación, sus opciones, para comunicar la forma como se lleva a cabo el proceso, sus riesgos y, finalmente para lograrlo de forma efectiva²³⁰.

Este requisito fue creado en el marco de la despenalización del homicidio por piedad que dio pie al reconocimiento de la eutanasia como parte del derecho a morir dignamente. Éste resultaba particularmente importante para identificar quién podía llevar a cabo el procedimiento sin ningún castigo penal y quienes, en caso de llevar a cabo las mismas acciones, al no ser profesionales de la medicina, sí cometen un delito. De esta manera, no se trata solamente de un asunto de conocimiento y experiencia para llevar a cabo el procedimiento, sino también una protección y salvaguardia para evitar que cualquier persona pudiera llevarlo a cabo y eso llegare a significar una desprotección al derecho a la vida.

Posteriormente, en la Sentencia C-164 de 2022, a través de la cual la Corte Constitucional despenalizó la asistencia médica al suicidio como parte del derecho a la muerte digna y de la muerte médicamente asistida, se reafirmó y detalló el requisito de forma análoga a cómo se había hecho en 1997.

En primer lugar, la Corte reconoció que “la relación médico-paciente no es de tipo autoritario o paternalista que implique un esquema vertical, sino que es una relación de confianza, regida por los principios de competencia científica del médico y de consentimiento informado del paciente. De modo que el médico es quien está en mejor posición de brindar al paciente toda la información necesaria para que sea éste quien en ejercicio de su autonomía, decida el procedimiento al que se someterá, sin que en ningún caso la voluntad del médico se imponga sobre la del paciente”²³¹.

En segundo lugar, la Corte estableció, en esta oportunidad, que la “posición en que se encuentra el médico justifica que sea éste quien pueda realizar la asistencia al suicidio en los términos aquí descritos. En efecto, debe reconocerse que la ayuda al suicidio que es

.....

²³⁰ Cfr. Corte Constitucional colombiana. (1) Sentencia C-239 de 1997 (MP: Carlos Gaviria Díaz). (2) Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

²³¹ Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-164 de 2022 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo).

Conclusiones.

¿Hacia dónde avanza el derecho a morir dignamente en Colombia?



hubieran hecho de forma anticipada. La falta de reglamentación de la AET —esto es, las reglas claras para saber quién puede tomar las decisiones y a quién se le puede solicitar la interrupción, limitación o desistimiento de procedimientos y tratamientos—, vulnera los derechos de las personas que intentan ejercer su derecho a morir dignamente a través de este mecanismo.

Cuando terceras personas deben hacer la mejor interpretación de la voluntad y la preferencia, no existen unas reglas claras que orienten el proceder de la red de apoyo, de los profesionales de la medicina y del Sistema de Salud colombiano. Para algunas personas la respuesta es la *lex artis*, pero esto no es suficiente y muchas veces lleva a la vulneración de derechos, pues conlleva el riesgo de invisibilizar los deseos de la persona, el riesgo de impedir que la red de apoyo haga la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona y se corre el riesgo de dejar la decisión sobre lo que se considera compatible con la idea de dignidad y autonomía en cabeza del profesional de la medicina.

Actualmente, no es posible saber de qué manera las personas y su red de apoyo pueden y deben acceder a la AET, cuál es el trámite que deben llevar a cabo, cómo deben solicitarlo, cómo llevar a cabo la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de las personas y quiénes son aquellas llamadas a tomar decisiones que pueden causar, de forma directa o indirecta, la muerte de la persona. Desde el 2017 la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social reglamentar la materia, una orden judicial que cinco años después continúa incumplida.

En paralelo a la falta de reglamentación, muchas veces, los profesionales de la medicina y las clínicas exigen que las personas hayan agotado todos los tratamientos posibles y disponibles para permitir el acceso a la muerte médicamente asistida. Estos tratamientos no se ofrecen como alternativas terapéuticas que la persona pueda rechazar, sino como pasos obligatorios para, posteriormente, poder solicitar y estudiar las solicitudes relativas a la muerte médicamente asistida. Esta imposición de tratamientos sucede como un acto de poder de los profesionales de la medicina sobre las personas y sus

familias; transforman —de manera inconstitucional e ilegal— los actos médicos y las opciones terapéuticas en obligaciones de cara a las personas y a su proceso de enfermedad.

Falta de reglamentación de la asistencia médica al suicidio.

En tercer lugar, todavía no existe una reglamentación de la AMS. En mayo de 2022, la Corte Constitucional despenalizó la AMS y declaró este mecanismo como parte del derecho a morir dignamente en Colombia. Bajo los mismos requisitos de la eutanasia, un profesional de la medicina tampoco puede ser perseguido penalmente si asiste a una persona a que ella misma se cause su propia muerte. No obstante, es necesario que la AMS sea regulada y —a través de esta reglamentación— que la MMA se materialice como una prestación dentro del Sistema de Salud colombiano.

En un escenario parecido al que se encontraba la despenalización de la eutanasia antes del 2015, la AMS ya no se configura como un delito, pero tampoco se traduce en una práctica reglamentada para los prestadores del servicio en el marco del Sistema de Salud. En este sentido, aunque no se penalice la ayuda que eventualmente presten los profesionales de la medicina, en la práctica no se han vuelto operativos ni el trámite, ni el procedimiento. Esto implica que, una vez sea solicitado el procedimiento, las personas solo encontrarán barreras y los actores del Sistema de Salud se negarán a realizarlo.

Ahora bien, el panorama actual de la AMS es mucho más positivo que hace décadas en lo referido a la eutanasia. Después de ocho años de reglamentación de este mecanismo de la MMA, existe un trámite y un procedimiento que puede ser utilizado para que ambas prestaciones puedan realizarse de manera legal. Así mismo, como se ha reiterado a lo largo de este informe, la aceptación aumenta y las barreras, aunque persisten, disminuyen para la muerte médicamente asistida.

Persistencia de la barrera de la enfermedad terminal en la reglamentación.

En cuarto lugar, con respecto a la eutanasia, queda un camino largo frente a varios aspectos en la regulación. Con la

eliminación de la barrera de la enfermedad terminal, se abrió la puerta para que otro tipo de enfermedades consideradas como “graves e incurables” comenzaran a ser evaluadas por los Comités de Muerte Digna dentro del Sistema de Salud. Sin embargo, el acceso a la eutanasia para enfermedades graves e incurables sigue siendo obstaculizada por la Resolución 971 de 2021, norma que sigue exigiendo una enfermedad terminal o una enfermedad grave avanzada. A pesar de que la Corte le solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social hacer las adecuaciones reglamentarias pertinentes para que la ampliación del derecho pudiera ser materializada por los actores del Sistema de Salud, la Entidad se ha negado a modificar la Resolución 971 de 2021. Esta incoherencia entre las decisiones de la Corte y las normas de nivel reglamentario generan confusión y —en otros casos— auspician la mala fe de algunas instituciones prestadoras de servicios de salud y empresas aseguradoras para imponer barreras a las personas. Para superar esta barrera, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social actualice la normativa y esta esté acorde con los avances jurisprudenciales.

Barreras para las personas con enfermedades mentales. Aparte de las enfermedades neurodegenerativas o cardíacas, las enfermedades mentales se han convertido en uno de los motivos por los cuales las

personas solicitan la MMA en Colombia. Hasta la fecha, sólo una persona ha accedido a la eutanasia teniendo una enfermedad mental, particularmente depresión mayor y todavía no hay consensos sobre cómo evaluar la gravedad e incurabilidad de este tipo de diagnósticos, esta es la quinta barrera.

Dentro de los requisitos que deben evaluarse sobre la enfermedad mental al momento en que se solicita la muerte médicamente asistida se presentan varias tensiones —algunas más profundas que para otro tipo de enfermedades— y que aún están por resolverse. Por un lado, hay una tensión sobre el consentimiento y la voluntad de una persona diagnosticada con una enfermedad mental. A pesar de que las personas con algún tipo de enfermedad mental pueden manifestar el consentimiento, no todas pueden hacerlo en todos los momentos. Esta situación genera cuestionamientos sobre el raciocinio y la competencia que tienen, particularmente aquellas personas con ciertos trastornos crónicos o quienes se encuentran en momentos de crisis.

Por otro lado, hay tensiones sobre la severidad de la enfermedad y la persistencia de esta en la vida de cada persona. La gravedad de la enfermedad depende del impacto que esta genere en el proyecto de vida de cada persona, sin embargo, en el ámbito de la medicina medir



ese impacto es una tarea que varía dependiendo de cada profesional. A la vez, la persistencia de la enfermedad se enfrenta a la resistencia a los tratamientos y a la autonomía de cada persona sobre el mejor curso de tratamiento. Así, las enfermedades mentales —como enfermedades graves e incurables— continúan en un limbo al momento de ser evaluadas por los profesionales de la medicina para las solicitudes de muerte médicamente asistida.

El estigma de las enfermedades mentales y el dolor psíquico son temas que apenas emergen desde una perspectiva de muerte digna y de muerte médicamente asistida. DescLAB acompaña personas con trastornos y enfermedades mentales en el proceso de ejercer el derecho a morir dignamente en el marco del Sistema de Salud.

Exclusión inconstitucional de las personas extranjeras.

Frente a quienes pueden acceder a la muerte médicamente asistida, en sexto lugar, todavía existe la exclusión de personas extranjeras no residentes en Colombia. Aunque la Constitución Política de 1991 reconoce a los extranjeros la misma protección a sus derechos que a los nacionales, salvo excepciones expresas para garantizar el orden público²³⁷, la reglamentación aplicable a la muerte digna a través de la eutanasia exige que los extranjeros que quieran solicitarla deban probar un domicilio mayor a un año en el país. La exclusión de los extranjeros no domiciliados por más de un año de la posibilidad de acceder a la muerte médicamente asistida es una barrera inconstitucional e ilegítima impuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social²³⁸ que no protege el orden público, sino que genera diferencias injustificadas entre personas presentes en Colombia en función de la ciudadanía y del domicilio.

Exclusión de la posibilidad para la red de apoyo de hacer la mejor interpretación de la voluntad de quien no puede manifestar el consentimiento.

Así mismo, en séptimo lugar, están excluidos de acceder a la MMA quienes estén imposibilitados en manifestar la voluntad y no firmaron un DVA. Esto

sucede porque a la red de apoyo se le impide —a través de la eliminación del consentimiento sustituto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social— hacer la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona.

La red de apoyo existe para brindar apoyos formales e informales en la toma de decisiones —y en los casos en que la persona se encuentra imposibilitada para hacerlo— y se encuentra facultada para hacer la mejor interpretación de la voluntad y preferencias. Sin embargo, esta red —que conoce y sabe lo que hubiera querido la persona— no puede hacer su trabajo para brindar apoyos, manifestar el consentimiento y solicitar la MMA. Esto aplica, por ejemplo, para personas en estado vegetativo permanente o con algún tipo de demencia como el Alzheimer.

Desde DescLAB creemos que la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona —como un principio internacional sobre capacidad jurídica plenamente aplicable en Colombia— es el camino para reglamentar el consentimiento y superar esta barrera. Esta forma de llevar a cabo la mejor interpretación de la voluntad aplica para la red de apoyo de personas que alguna vez manifestaron su deseo de acceder a una muerte médicamente asistida y no consignaron esa decisión en un DVA; a personas que en diferentes oportunidades pudieron comunicar que en caso de estar en un estado particular preferían no vivir de esa manera y querían que les ayudaran a morir, entre otras situaciones. No se trata de que la red de apoyo imponga su voluntad sobre la voluntad de la persona, ni que esta pueda hacer un ejercicio que aplique para todos los casos como una manera de eliminar ciertos cuerpos o vidas. Se trata de que quienes más conocen a la persona puedan ayudarle a tomar decisiones y hacer la mejor interpretación para que se haga su voluntad²³⁹.

Uso inconstitucional de la objeción de conciencia.

Finalmente, todavía existe un uso inconstitucional de la objeción de conciencia por parte de instituciones y del personal de la salud. La libertad de conciencia se ha entendido como la facultad que tienen las personas

.....

²³⁷ República de Colombia. Constitución Política de Colombia, 20 de julio de 1991, art 100.

²³⁸ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 971 de 2021, art 2, párrafo.

²³⁹ Correa Montoya, Lucas, Giraldo Castaño, Mónica y Jaramillo Salazar, Camila, (2023). Interpretar la voluntad en el fin de la vida. Lineamientos para garantizar los derechos a la capacidad jurídica y a la muerte digna. Bogotá: DescLAB. 43p.

naturales para actuar o abstenerse de realizar un acto debido a sus convicciones, creencias o por la manera en que perciben el mundo. La objeción de conciencia nace de una de las prerrogativas de la libertad de conciencia de acuerdo con la cual, nadie será obligado a actuar contra su conciencia. A partir de este derecho y prerrogativa legítima, algunos profesionales de la salud, personal administrativo y clínicas hacen un uso inconstitucional e ilegal de la objeción de conciencia y la usan para obstaculizar de manera deliberada el ejercicio del derecho a morir dignamente de terceras personas.

Sobre la objeción de conciencia en los casos de muerte digna, la Corte Constitucional ha establecido que los profesionales de la salud encargados de intervenir en el procedimiento podrían oponerse debido a convicciones personales sin que esto se convirtiera en un obstáculo para el cumplimiento de los derechos de la persona. A través de la Resolución 971 de 2021, la reglamentación administrativa del Ministerio de Salud y Protección Social estableció que no debe haber médicos objetores dentro del Comité y se debe garantizar que quien practique el procedimiento sea no objetor. A su vez aclaró, que en ningún caso las clínicas podrán argumentar la objeción de conciencia institucional.

En ese sentido, solo los profesionales de la medicina que puedan argumentar una profunda creencia o convicción para oponerse a practicar el procedimiento pueden hacer uso de la objeción de conciencia. En la práctica, algunos profesionales de la medicina usan sus creencias e ideologías personales para ocultar información e impedir y obstaculizar el acceso a prestaciones y servicios relacionados con el derecho a morir dignamente. Con frecuencia, se oponen a tramitar solicitudes o brindar información objetiva sobre las opciones que tienen las personas en relación con el fin de su vida y su muerte digna usando sus creencias como disfraz de la vulneración de derechos de terceros y del cumplimiento de sus obligaciones profesionales.

También algunas instituciones prestadoras de servicios de salud alegan objeción de conciencia institucional —práctica completamente inconstitucional e ilegal— aduciendo que la empresa o fundación es de cierta vocación religiosa.

Con frecuencia, se usa el hecho de que estas instituciones sean de propiedad de órdenes religiosas o el hecho de que sus directivos profesen una fe o sistema de creencias para negarse a recibir solicitudes, tramitarlas o practicar los procedimientos. Algunas instituciones han creado la ficción de que las clínicas y hospitales son instrumentos para avanzar ciertas creencias religiosas y obstaculizar el ejercicio de derechos fundamentales en lugar de vehículos para la prestación del servicio público de la salud.

* * *

Colombia es hoy único país del sur global en proteger que manera completa y decidida el derecho a morir dignamente de las personas. Ocupa —junto con algunos países del norte global como Países Bajos, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Alemania, España, Australia y Canadá— un lugar privilegiado en las conversaciones y luchas globales por una muerte digna y autodeterminada²⁴⁰.

Luego de 30 años de que llegara el primer caso sobre muerte digna y decisiones autónomas en el fin de la vida a la Corte Constitucional colombiana, este proceso ha comenzado a ser intencionado y estratégico, nuestro norte debe ser la muerte autodeterminada, en donde las personas tengan la posibilidad de pensarse como seres finitos, planear, anticipar y decidir sobre el fin de sus vidas y tomar decisiones completamente autónomas en donde la intervención de terceros sea para informar y acompañar. **Avanzamos hacia una muerte completamente autodeterminada en donde el conocimiento científico esté al servicio de las personas que buscan una muerte segura, protegida y acompañada. Luchamos para que las personas, sus vidas y su idea de dignidad, no estén subordinadas a las creencias de otras personas.**

A pesar de ser el país más avanzado en el continente, no estamos solos. En los últimos años hemos visto un avance creciente del tema en la región. Uruguay avanza con dos proyectos de ley sobre la muerte médicamente asistida cuya discusión social y legislativa comenzó en 2021 y avanza a lo largo de 2022²⁴¹. Argentina avanza con tres proyectos de ley cuya discusión ha generado

²⁴⁰ Disponible en: <https://www.desclab.com/post/mundo-y-World-Map-The-World-Federation-of-Rights-to-Die-Societies-2022>, disponible en: <https://wfrtds.org/worldmap/>

²⁴¹ El País, (2022). «Diputados unifican los dos proyectos de ley que pretenden legalizar la eutanasia», 3 de agosto de 2022, Uruguay, disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/diputados-unifican-proyectos-ley-pretenden-legalizar-eutanasia.html>

REFERENCIAS

**Referencias
Bibliográficas**

Referencias Bibliográficas

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, (2020). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>

Bach, Michael and Kerzner, Lana, (2010). A New Paradigm for Protecting Autonomy and The Right to Legal Capacity. Advancing Substantive Equality for Persons with Disabilities through Law, Policy and Practice. Commissioned and submitted to The Law Commission of Ontario. Disponible en: <https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2010/11/disabilities-commissioned-paper-bach-kerzner.pdf>

Cable News Network (CNN), (2022). «Poder Judicial de Perú da luz verde a petición de eutanasia de Ana Estrada», 27 de julio 2022. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2022/07/27/poder-judicial-de-peru-da-luz-verde-a-peticion-de-eutanasia-de-ana-estrada-orix/>

Cifras y Conceptos, (2021), Encuesta Polimétrica, septiembre 2021.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, (2014). Observación General núm. 1, artículo 12: Igual reconocimiento ante la ley. (CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014).

Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p. Disponible en: <https://www.desclab.com/monitor/monitor06>

Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71p. Disponible en: <https://www.desclab.com/monitor/monitor07>

Correa Montoya, Lucas, Giraldo Castaño, Mónica y Jaramillo Salazar, Camila, (2023). Interpretar la voluntad en el fin de la vida. Lineamientos para garantizar los derechos a la capacidad jurídica y a la muerte digna. Bogotá: DescLAB. 43 p. Disponible en: [https://www.desclab.com/monitor/monitor08-\(esp\)](https://www.desclab.com/monitor/monitor08-(esp))

Correa Montoya, Lucas, (2008). Litigio de alto impacto. Estrategias alternativas de ejercer el Derecho. En *Revista de Derecho*, Universidad del Norte, 30: pp. 247-267. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/derecho/article/view/2827>

Correa Montoya, Lucas, (2020). Muerte Digna en Colombia. Activismo judicial, cambio social y discusiones constitucionales sobre un derecho emergente. Bogotá: DescLAB. 70 p. Disponible en: <https://www.desclab.com/monitor/monitor05>

Corte Constitucional colombiana, (1992). Sentencia T-409 de 1992 (MP: José Gregorio Hernández Galindo). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-409-92.htm>

Corte Constitucional colombiana, (1993). Sentencia T-493 de 93 (MP: Antonio Barrera Carbonell). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-493-93.htm>

Corte Constitucional colombiana, (1997). Sentencia C-239 de 97 (MP: Carlos Gaviria Díaz). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2014). Sentencia T-970 de 14 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2016). Sentencia T-132 de 16 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-132-16.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2017). Sentencia T-322 de 17 (MP: Aquiles Arrieta Gómez). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-322-17.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2017). Sentencia T-423 de 17 (MP: Humberto Escrujería Mayolo). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2017). Sentencia T-544 de 17 (MP: Gloria Stella Ortiz Delgado). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2017). Sentencia T-721 de 17 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2020). Sentencia T-060 de 2020 (MP: Alberto Rojas Ríos). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/T-060-20.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2021). Sentencia C-233 de 2021 (MP: Diana Fajardo). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2021). Sentencia T-414 de 2021 (MP: Cristina Pardo Schlesinger). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-414-21.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2022). Sentencia C-164 de 2022 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-164-22.htm>

Corte Constitucional colombiana, (2023). Sentencia T-239 de 2023 (MP: Jorge Enrique Ibáñez Najar). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2023/T-239-23.htm>

Dinerstein, Robert D. (2012). "Implementing Legal Capacity Under Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The Difficult Road from Guardianship to Supported Decision-Making". En: *Human Rights Brief* 19, no. 2 (2012): 8-12. Disponible en: <https://digitalcommons.wcl.american.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1816&context=hrbrief>

Donnelly, M. (2016). Best interests in the mental capacity act: time to say goodbye. En *Medical Law Review*, 24(3), 318-332. Disponible en: <https://academic.oup.com/medlaw/article/24/3/318/2733267>

El País, (2022). «Diputados unifican los dos proyectos de ley que pretenden legalizar la eutanasia», 3 de agosto de 2022, Uruguay. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/diputados-unifican-proyectos-ley-pretenden-legalizar-eutanasia.html>

Instituto de Derechos Humanos de Cataluña, (2009). Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes, Barcelona, IDHC. Disponible en: <https://www.idhc.org/es/publicaciones/declaracion-universal-de-derechos-humanos-emergentes.php#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20Universal%20de%20los,humanos%20en%20el%20nuevo%20milenio.>

Invamer, (2022). Colombia Opina número 11, abril 2022.

Invamer, (2022). Colombia Opina número 13, junio 2022.

Julios- Campuzano, Alfonso de, (2002). La globalización y la crisis paradigmática de los derechos humanos. En *Revista de Estudios Políticos* (nueva época), núm. 116, abril-junio. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/56844>

La Nación, (2022). «Derecho a la muerte digna: los proyectos de ley que reavivan el debate sobre eutanasia», 28 de agosto de 2022, Argentina, disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/derecho-a-la-muerte-digna-los-proyectos-de-ley-que-reavivan-el-debate-sobre-la-eutanasia-nid28082022/>

López-Medina, Diego, (2012). El derecho de los Jueces. Obligatoriedad del precedente constitucional, análisis de sentencias y líneas jurisprudenciales y teoría del derecho judicial. Bogotá: Legis y Universidad de los Andes.

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216 de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social, (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia y Fundación Meditech. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1051 de 2016

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 825 de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2665 de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 229 de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971 de 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social, (2024). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2023). Respuesta del 23 de mayo de 2024, lograda a partir de petición radicada el 14 de febrero de 2023, de una acción de tutela interpuesta el 11 de marzo de 2024 y de un incidente de desacato solicitado el 10 de abril de 2024.

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, (2021). Estado actual de los cuidados paliativos. Reporte Técnico 2019. Edición 4. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6132/Estado%20Actual%20de%20los%20Cuidado%20Paliativos%20en%20Colombia%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948, 217 A (III), art. 3.

Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 16 de diciembre de 1966, art. 6.

Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966, art. 11.

Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. (2007). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (A/RES/61/106).

Organización de los Estados Americanos, (1969). Convención Americana de Derechos Humanos. 22 de noviembre de 1969, arts. 4 y 11.

Organización de los Estados Americanos, (1999). Protocolo adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de noviembre de 1999, art. 9

Organización de los Estados Americanos, (2015). Convención Interamericana sobre la protección de derechos humanos de las personas mayores, A-70, 06/15/2015.

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas - Perfil País, Colombia, consultado el 25 de junio de 2024, disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-colombia>

Pérez-Pérez, F.M., (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. En *Revista Medicina de Familia SEMERGEN*. Volumen 41, número 8, 566 -574. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359315004177>

Quinn, Gerard, (2010). "Personhood & Legal Capacity. Perspectives on the Paradigm Shift of article 12 CRPD". HPOD Conference, Harvard Law School, February 20, 2010. Disponible en: http://www.fedvol.ie/_fileupload/Research/NDE%20Reading%20Lists/Harvard%20Legal%20Capacity%20gq%20draft%20%20Gerard%20Quinn%20Feb%202010.pdf

República de Chile, (2022). Propuesta Constitución Política de la República de Chile, disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>

República de Colombia, Constitución Política de 1991

República de Colombia, Decreto 100 de 1980.

República de Colombia, Ley 599 de 2000.

República de Colombia, Ley 1733 de 2014.

República de Colombia, Ley 1996 de 2019.

Rodríguez-Garavito, César y Rodríguez-Franco, Diana, (2015). El Juicio a la Exclusión. El impacto de los tribunales sobre los derechos sociales en el sur global. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Saffón-Sanín, María Paula, García-Villegas, Mauricio, (2011). Derechos sociales y activismo judicial. La dimensión fáctica del activismo judicial en derechos sociales en Colombia. En *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 13 (1), pp. 75-107. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/1511>

Sanchini V, Nardini C, Boniolo G., (2014). The withholding/withdrawing distinction in the end-of-life debate. En *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. March 11th; Vol 9, num (1):13. DOI: 10.1186/2049-6958-9-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3978132/>

Skowron, Paul, (2019). Giving substance to 'the best interpretation of will and preferences'. En *International Journal of Law and Psychiatry*, 62 (2019) 125-134. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30616847/>

Superintendencia Nacional de Salud, (2021). Circular Externa 20211700000006-5 del 17 de septiembre de 2021.