



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 1431

Bogotá, D. C., lunes, 9 de octubre de 2023

EDICIÓN DE 29 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA
AUDIENCIA PÚBLICA (MIXTA) DE 2023
(septiembre 4)

**Convocada por la Mesa Directiva de la
Comisión Primera Constitucional Permanente
del honorable Senado de la República
Salón Guillermo Valencia - Capitolio
Nacional y en la plataforma virtual Zoom**

• **Proyecto de Ley número 06 de 2023**
Senado, por medio de la cual se regula el acceso
al derecho fundamental a la muerte digna bajo la
modalidad de muerte médicamente asistida y se
dictan otras disposiciones.

Siendo las 10:22 a. m. del día 4 de septiembre
de 2023, la Presidencia ejercida por los honorables
Senadores Humberto de la Calle Lombana y David
Luna Sánchez, da inicio a la audiencia pública
mixta, previamente convocada y con la presencia
en el salón de la Comisión Primera de Senado
Salón Guillermo Valencia - Capitolio Nacional y
en la plataforma virtual Zoom de los honorables
Senadores miembros de la Comisión Primera del
honorable Senado.

**La Presidencia interviene para un punto de
orden:**

Buenos días a todos los asistentes, al doctor
Senador David Luna, que es el promotor de esta
audiencia que nos parece absolutamente pertinente
en un tema que claramente es extraordinariamente
delicado, que tiene unas sensibilidades morales,
unas de carácter religioso, por lo tanto, lo que

hemos preparado ya en condición de autor, coautor
del proyecto, es un esquema muy equilibrado, muy
respetuoso, muy cuidadoso, pero sobre todo que
llene los vacíos que hoy existen, porque como lo
ha dicho varias veces el Congreso, hay la necesidad
indiscutible y la Corte ha exhortado al Congreso
varias veces y el Congreso no ha cumplido con esto,
que yo considero que es una obligación.

Con hacer un estatuto completo sobre lo que
yo prefiero llamar la vida digna, es un elemento
conceptual que se basa fundamentalmente en
la autonomía de la voluntad, en la dignidad de la
persona humana, en la salvaguarda de las personas
que pertenecen a los sistemas de salud, que actúan
en una circunstancia como la que aquí se describe,
siempre tomando en consideración que a ese
concepto del derecho fundamental, desde 1997
es un derecho fundamental, el derecho a morir
dignamente, pues tiene distintas ramificaciones, una
de ellas es la medicamente asistida, que es de la que
trata este proyecto que empezamos a discutir.

Por lo tanto, lo que simplemente quisiera
decir, hoy es la voz de ustedes, yo voy a abreviar
mi presentación, la hare después al momento de
la ponencia. Pero quisiera resaltar que ha habido
antecedentes varios, varios intentos importantes
en el Congreso, nosotros nos hemos nutrido de
esos antecedentes y en particular quiero llamar
la atención por el de la legislatura anterior, donde
el Representante Lozada lideró un proyecto
igualmente, que también nos ha servido de insumo,
conjuntamente con otros Representantes a la
Cámara.

En segundo lugar, hay acervo jurisprudencial
importante, van más de 11 sentencias de la Corte

Constitucional, donde se perfila claramente cuáles son el contenido y los límites de ese derecho fundamental a la muerte digna.

Y, por último, pues hemos contado con asesoría de expertos, queremos oír la voz de ustedes, en particular la Fundación Muerte Digna y también un grupo de juristas que funciona bajo el nombre de DescLAB, que ha generado también insumos muy importantes para nosotros, en ese orden de ideas, quisiéramos entonces abrir el foro para los intervinientes. No voy a incurrir en la usual limitación ciega de tiempo, no me parece, los 3 minutos o los 5, etcétera, son un poco camisa de fuerza, pero sí quiero llamar la atención de quienes vayan a intervenir en el sentido de que hagamos uso razonable del tiempo, porque lo que se trata es de oír el mayor número de voces y sobre esa base estamos tomando nota, incorporaremos las observaciones de ustedes para el momento en que se presente la ponencia de ese importante y delicado proyecto.

El orden del día para la audiencia es el siguiente:

COMISION PRIMERA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

AUDIENCIA PUBLICA (MIXTA)

AUDIENCIA PUBLICA REMOTA SOBRE:

PROYECTO DE LEY NO. 006 DE 2023 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL ACCESO AL DERECHO FUNDAMENTAL A LA MUERTE DIGNA BAJO LA MODALIDAD DE MUERTE MEDICAMENTE ASISTIDA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

PONENTES PRIMER DEBATE: HILSS: HUMBERTO DE LA CALLE LOMBANA (COORDINADOR), JULIAN GALLO CUBELLOS, MARIA JOSÉ RIZARDO RODRIGUEZ, DAVID LUNA SANCHEZ, FABIO AMIN SALEME, JULIO ELIAS CHAGUI FLOREZ, PALOMA VALENCIA LASERON. PUBLICACION: PROYECTO ORIGINAL: GACETA N° 899/2023. PONENCIA 1ER DEBATE: GACETA N° 1140/2023

INTERVINIENTES: PERSONAS NATURALES O JURIDICAS, PARA QUE FORMULEN SUS OBSERVACIONES, INSCRITOS PREVIAMENTE DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 230 DE LA LEY 5ª DE 1992; E INVITADOS ESPECIALES.

CONVOCADA POR LA MESA DIRECTIVA DE LA COMISION PRIMERA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL H. SENADO DE LA REPUBLICA, MEDIANTE RESOLUCION No. 01 DEL 29 DE AGOSTO DE 2023. CUATRIENIO 2022 - 2024. LEGISLATURA 2023 - 2024. PRIMER PERIODO

DIÁ: Lunes 04 de septiembre de 2023
LUGAR: Salón Guillermo Valencia- Capitolio Nacional Primer Piso y Plataforma Zoom.
HORA: 10:00 A.M.

LECTURA DE LA RESOLUCION N° 01 DEL 29 DE AGOSTO DE 2023

INTERVENCIONES INVITADOS ESPECIALES E INSCRITOS

"La Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente del H. Senado de la República informa que, para esta audiencia, la presencia será mixta a través de la plataforma ZOOM, la invitación para la comisión, el ID y la contraseña se enviará vía WhatsApp".

H.S. GERMAN ALCIDES BLANCO ALVAREZ
PRESIDENTE,
H.S. ALEJANDRO VEGA PEREZ
VICEPRESIDENTE
YURY LINETH SIERRA TORRES
SECRETARIA GENERAL COMISION PRIMERA SENADO

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA
Edificio Nuevo del Congreso, Primer Piso, Tel: 3823141
comision.primeras@senado.gov.co

Atendiendo instrucciones de la Presidencia por Secretaría se da lectura a la Resolución número 1° del 29 de agosto de 2023.

COMISION PRIMERA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

RESOLUCIÓN N°01
(29 de agosto de 2023)

"Por la cual se convoca a Audiencia Pública"

La Mesa Directiva de la Comisión Primera del H. Senado de la República

CONSIDERANDO:

a) Que en el primer periodo de la legislatura 2023- 2024, se encuentra en trámite el Proyecto de Ley No. 006 de 2023 Senado. "Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones".

b) Que el Senador David Luna Sánchez, presentó en la sesión del día 28 de agosto del año en curso, Acta N° 05, la proposición N° 12, en la que solicita la realización de una Audiencia Pública para que sean escuchadas las diferentes posiciones, inquietudes y propuestas frente al Proyecto de Ley N° 006 de 2023, la cual fue aprobada por unanimidad por los Miembros de la Comisión.

c) Que la Ley 5ª de 1992 en su artículo 230, establece el procedimiento para convocar las Audiencias Públicas sobre cualquier proyecto de acto legislativo o de ley;

d) De igual manera el artículo 230 de la Ley 5ª de 1992, faculta a la Mesa Directiva, para reglamentar lo relacionado con las intervenciones y el procedimiento que asegure la debida atención y oportunidad.

RESUELVE:

Artículo 1°. Convocar Audiencia Pública para que las personas naturales o jurídicas, formulen sus observaciones sobre Proyecto de Ley No. 006 de 2023 Senado "Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones"

Artículo 2°. La Audiencia Pública será mixta y se llevará a cabo el día lunes 04 de septiembre de 2023, a partir de las 10:00 a.m., en el Salón Guillermo Valencia - Capitolio Nacional y a través de la plataforma Zoom.

Artículo 3°. Las preinscripciones para intervenir en la Audiencia Pública, se podrán realizar telefónicamente en la Secretaría de la Comisión Primera del Senado, en el

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA
Edificio Nuevo del Congreso, Primer Piso, Tel: 3823141
comision.primeras@senado.gov.co



horario de 9:00 a.m. a 5:30 p.m., los días: miércoles 30 y jueves 31 de agosto y viernes 01 de septiembre de 2023.

Quien presida la Audiencia, de acuerdo al número de ciudadanos inscritos, establecerá el término de duración de las intervenciones.

Con la radicación del documento, en las fechas mencionadas en el inciso anterior, en el correo institucional de la comisión: comision.primeras@senado.gov.co, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 231 de la Ley 5ª de 1992, se entenderá formalmente inscrita la persona. En caso de no radicarse el documento se anulará la preinscripción.

Artículo 4°. La Secretaría de la Comisión Primera del Senado efectuará las diligencias necesarias ante el área administrativa del Senado de la República, a efecto que dicha Audiencia sea de conocimiento general y en especial en la publicación de un aviso en un periódico de circulación nacional y/o de la divulgación de esta Audiencia en el Canal del Congreso, en la página de la Comisión Primera del Senado y en las redes sociales de la Comisión (twitter e Instagram).

Artículo 5°. Esta resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de agosto del dos mil veintitres (2023).

Presidente,

S. GERMAN BLANCO ALVAREZ

Vicepresidente,

S. ALEJANDRO VEGA PEREZ

Secretaría General,

YURY LINETH SIERRA TORRES

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA
Edificio Nuevo del Congreso, Primer Piso, Tel: 3823141
comision.primeras@senado.gov.co

Página 2
Resolución N° 01

La Secretaria informa que, conforme a la resolución de esta audiencia y para el conocimiento de la ciudadanía en general se realizaron las siguientes gestiones para la divulgación: un aviso para que fuera publicado en un periódico de circulación nacional, publicación en la página de la Comisión Primera del Senado (comisionprimeras Senado.com) y en el Twitter de la Comisión @PrimeraSenado e informando a la Oficina de Prensa del Senado para la publicación en el Canal del Congreso.

En el transcurso de la audiencia intervinieron los siguientes ciudadanos:

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Luis Alberto Ramírez Ortégón, Asociación Colombiana de Psiquiatría:

Muchas gracias, señor Presidente, un cordial saludo para la Comisión Primera, al doctor Iván Luna por habernos invitado. Yo, como miembro del Comité de ética de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, tuvimos la oportunidad de revisar a partir de la invitación de ustedes nuestra propuesta del día de hoy que tenemos algunas consideraciones, al menos 3.

La primera es que nosotros desde el año 2006, con objeto de la revisión de la Ley 1098 sobre el Código de Infancia y Adolescencia, estuvimos teniendo mucho cuidado con respecto al concepto de consentimiento medico informado, la decisión y la capacidad de decidir de un menor tiene una serie de condiciones muy particulares, muy especiales, y por lo tanto, uno de los temas a discutir y a considerar es que en primera infancia y niñez, es decir, por debajo de los 12 años la investigación desde el punto vista de funciones mentales y capacidad de decidir debe ser meticulosa, cuidadosa y muy cautelativamente revisada por cuestiones del desarrollo y el desarrollo no es un tema que ocurre de manera definitiva en un momentum de la vida, es un proceso de continuum, que se traslapa a unas etapas del desarrollo con las otras y por lo tanto, nosotros en esa Ley 1098 consideramos que el consentimiento de darse como tal a partir de los 14 años. Esa es una primera consideración.

¿Qué debería de ocurrir antes? El niño tiene derecho a estar informado y tiene derecho todo el tiempo a estar informado, incluso, a través de gestos, un recién nacido merece una consideración especial, pero los papás son los que tienen la autonomía y la responsabilidad de cuidar de todos los derechos de su hijo representado, del menor que representa, y por lo tanto, el consentimiento informado les corresponde a los padres, a los tutores, a los responsables legales, y el menor en consecuencia a partir de una serie de trabajos que estuvimos realizando el año pasado, tanto con la Academia Nacional de Medicina como con el capítulo de psiquiatría infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, estuvimos considerando muy fuerte el uso del asentimiento informado, digamos que técnicamente el documento de asentimiento, consentimiento, la diferencia es muy poca, pero la autonomía propia del documento como tal para fines legales indiscutiblemente a los 14 años de edad es una condición de edad idónea para comprender la magnitud en torno a la idea de muerte, que me parece y nos ha parecido que es el tema más delicado aquí, yo decido morirme y cómo manejamos esa discusión.

En ese sentido, también nosotros estuvimos revisando que ese consentimiento en los niños menores de 14 y mayores de 14, pero menores de 18, que tienen discapacidad, indiscutiblemente es un consentimiento cualificado ¿por qué? porque la capacidad de decisión debe estar en torno y debe ser responsabilidad del cuidador, del menor dadas las condiciones de dificultad, ahora, la discapacidad hay que entenderla como una discapacidad intelectual, como una discapacidad volitiva, es decir, la capacidad de armar pensamientos y de actuar conforme a ellos tendrá que ser cuidadosamente valorada para poder hablar de ese consentimiento cualificado.

Nosotros en ese segmento creemos muy importante, por lo tanto, hablar de asentimiento informado hasta los 14 años y después de los 14 años consentimiento informado, este es un aspecto importante. Y además armaría consonancia con la Ley 1098, el Código de Infancia y Adolescencia.

El otro punto que estuvimos considerando muy importante es que, sí, la ley, yo no soy experto en leyes, soy médico psiquiatra de niños y adolescentes, pero se nos ha quitado la responsabilidad penal del suicidio médicamente asistido y eso lo hemos discutido y tuvimos oportunidad de comentarlo en la Academia Nacional de Medicina, la pregunta es ¿y el Tribunal de Ética Médica en Colombia qué dice al respecto?, pues es un tema en el que entramos nosotros en una seria discusión, porque para el Tribunal de Ética Médica esto requiere investigación, usted participó en una decisión de este tipo, cómo fue que lo hizo, qué sucedió y estamos de acuerdo en que a lo largo de todo el contenido de la propuesta claramente está planteado que debe existir una comisión especial que interviene en estos procesos y que ocurre en el tercer, cuarto y quinto nivel de la atención médica especializada.

Y para nosotros, agrego el último punto, existe algo muy importante y es en torno a que dentro de esas observaciones éticas existe la objeción de conciencia médica, yo tengo derecho a ser objeto de conciencia respecto al momento de tomar una determinación sobre el suicidio médicamente asistido, sin embargo, alguien decía: oiga, pero entonces hay que tener un registro de objetores de conciencia. No vemos eso así, es si yo no quiero, no puedo, no debo participar en un suicidio médicamente asistido, bueno, vamos, puedo hacerlo y puedo hacerlo de manera unilateral.

Así las cosas, entonces, una consideración es que en términos de algo que se comentaba aquí, el señor Presidente, estamos convencidos de que lo que debemos hablar es de eutanasia, que en últimas es muerte digna, como parte de la vida digna y esto también es un continuum, creemos que una de las dificultades en esto es que la información que se tiene es que la muerte está separada de la vida y aquí yo quiero, digamos, sugerir que el proceso de informar acerca de la muerte en la comunidad, tanto en el sistema hospitalario como en el sistema de información general, debería ser o debe ser amplio, debe ser generoso, debe ser completo y deberíamos acercarnos a los seres humanos más a entender que un buen vivir se debe acompañar de un buen morir, de una vida digna debe seguir una vida una muerte digna y en ese sentido, la probabilidad de comprensión, tanto del menor y su familia como del adulto y de la capacidad del suicidio médicamente asistido sería menos complicada. Gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Ricardo Luque Núñez, coordinador Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales Reproductivos, Dirección de Promoción y Prevención (Ministerio de Salud y Protección Social):

Hay una presentación. Muchísimas gracias, honorable Senador de la Calle, y aprovecho para presentarme, mi nombre es Ricardo Luque, soy médico bioeticista, con más de 30 años de experiencia en el sector público en la dirección de promoción y prevención, coordino el área de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos y, pues, específicamente en el tema de eutanasia he venido acompañando el tema desde 1914, el 2014, perdón, llevo tiempo en el Ministerio, pero tampoco tanto.

Entonces, vamos a hacer una breve presentación, voy a pedir, honorables, tener la dispensa para poder hacer la presentación en alrededor de unos 10-15 minutos. Siguiendo, por favor, Angie. Gracias, bueno, esta no se logra ver ahí muy bien, pero es básicamente la evolución del derecho a morir con dignidad establecida en cinco tiempos.

Lo primero, la sentencia del Magistrado Carlos Gaviria en 1997, donde a partir de la Sentencia C-239 pues se despenalizó el homicidio por piedad. Hubo un segundo momento que habla básicamente del cuidado paliativo, hay sentencias que hacen referencia y a la carta de derechos del paciente, básicamente a través de la Resolución número

4343 del 2012, la Ley de cuidado paliativo es del 2014, la 1733, y pues ahí ya hubo desarrollos para conceptualizar el derecho a morir dignamente, y es la Sentencia de tutela T-970 del 2014 la que le da ya una orden específica al Ministerio de Salud y Protección Social para conformar los comités técnicos y científicos que en las diferentes IPS se encarguen de validar las condiciones de despenalización en el tema de eutanasia.

Hay un cuarto momento y es a través de la Tutela T-322, donde solo en el evento en que se presente las circunstancias de despenalización se puede exigir la protección constitucional de este derecho a anticipar la muerte, en esta Sentencia la Corte enfatiza claramente en que se deben cumplir las condiciones y los requisitos establecidos en la ley. Y posteriormente hay un quinto momento que se puede resumir básicamente en la Sentencia de constitucionalidad, la C-243, que despenaliza o amplía la práctica de eutanasia a condiciones de no terminalidad, no enfermedad grave incurable, condición extrema de salud. Siguiendo, por favor.

Es entonces a través de la Resolución número 229 del 2020 y la 971 del 2021 que podemos resumir lo que ha regulado el Ministerio en términos de garantizar el derecho a una muerte digna y teniendo en cuenta principalmente lo que está establecido en la Sentencia 033, y que ya antes a través de una Sentencia de Tutela, la T-060, la Corte había establecido y es que el derecho a morir dignamente va mucho más allá de la eutanasia y como tal se puede considerar el derecho a morir dignamente como cuidado paliativo, pero también como la adecuación del esfuerzo terapéutico, la reorientación de las intervenciones clínicas, el rechazo de las intervenciones por parte de los pacientes y ya sí por último es de prestaciones específicas para morir, usualmente conocidas como formas de eutanasia y que están sometidas a las condiciones de justificación del homicidio por piedad, al que ya habíamos hecho relación anteriormente.

En estas resoluciones que estableció el Ministerio de Salud en su momento básicamente se entiende el derecho fundamental a morir con dignidad como las facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de su muerte, este derecho no se limita solamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo, por supuesto, el cuidado paliativo. Siguiendo, por favor.

Y entonces, ahí teniendo en cuenta digamos estos desarrollos que son no solamente jurisprudenciales sino también normativos, pero también de cómo ha evolucionado conceptualmente el tema de la eutanasia, digamos para la bioética, podemos entender que la muerte medicamente asistida tiene como dos facetas: uno, la asistencia médica al final de la vida, que está catalogada por los cuidados paliativos y la adecuación de los esfuerzos terapéuticos. Y la otra dimensión sí es la asistencia

y anticipación de la muerte, dentro de los cuales pues la que más problemas pudiera generar de tipo conceptual es la eutanasia, pero muy cercana a ella es el rechazo terapéutico de soporte vital, que es igualmente una decisión autónoma de los pacientes, pero donde familiares pudieran entrar a concurrir en este tipo de decisión, la cesación de líquidos y alimentos. Y, por último, sí lo que sería el suicidio medicamente asistido. Siguiendo, por favor.

Y entonces aquí es necesario hacer una precisión conceptual de eutanasia, que con el mayor respeto, honorable Senador, pues el proyecto de ley que tuvimos oportunidad de revisar pues habla de la muerte medicamente asistida y, como acabamos de ver en la diapositiva anterior, pues muerte medicamente asistida va mucho más allá del concepto de eutanasia, entonces por eso es necesario hacer la precisión conceptual. El Ethics Task Force del 2003 tiene una definición bastante certera y es *“administración intencional de medicamentos a una persona, que ha realizado la solicitud de manera competente con el fin de acabar con su vida, con el fin de matarla”*.

En la Resolución número 229 y la 971 del Ministerio se define un poco más amplia, pero de todas formas como procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal, que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria informada e inequívoca de la persona, la manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada por parte de la misma persona. Y en la Sentencia C-233, la Corte Constitucional habla de eutanasia como las prestaciones específicas para morir, usualmente conocidas como formas de eutanasia y que son las que acabamos de presentar en la diapositiva anterior. Y que están sometidas a condiciones de justificación por homicidio por piedad, es decir, el tema de la autonomía, en el cual ha insistido múltiples veces la honorable Corte, pues es un tema muy a tener en cuenta en esta definición. Siguiendo, por favor.

Esta también está muy cargada, pero yo he resaltado que en colores, básicamente esto es las condiciones de acceso a nivel internacional, tenemos Bélgica, los Países Bajos, Luxemburgo, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y España, en el orden que aparecen y las condiciones de acceso en la mayoría de los países son únicamente para mayores de edad. Solamente Bélgica y Países Bajos consideran eutanasia, en Bélgica para el menor emancipado o menor dotado de capacidad de discernimiento y consciente en el momento, debería estar consciente en la persona. Y en Países Bajos se limita al menor de 16 años con participación de padres y entre 12 y 16 años con concurrencia de los padres, es decir, todo lo que acabamos de expresar en términos de las facultades progresivas para la toma de decisiones es un aspecto muy a tener en cuenta en la toma de decisiones.

Por otra parte, y esas estarían resaltadas ahí como en amarillo, en azul estamos resaltando en quién

se pudiera practicar la eutanasia, todos los países sin excepción, a ciudadanos, es decir, personas que son nacionales o extranjeros que ya tienen la residencia en el país. Ahí notamos, digamos, un tema problemático en la redacción del proyecto de ley que dice que puede ser para nacionales, pero igualmente para extranjeros que en el momento de la solicitud estén en el territorio colombiano. Y eso implicaría una especie de turismo en salud, por no hablar de un turismo de la muerte, ahí pudiéramos recordar a Saramago en sus *Intermitencias de la muerte*, donde las personas se trasladan de un país a otro para poder morir, Saramago anticipándose a este tipo de prácticas.

Y es por eso que en todos los países del mundo se limita únicamente a personas residentes, digo países del mundo donde está aprobado, por supuesto, la práctica de la muerte anticipada y en todos los países donde está aceptado, es insustituible el consentimiento para casos de eutanasia, no hay consentimientos sustituto en el mundo, se da prelación a la toma consciente de la decisión, ya sea en el momento o sea a través de un documento de voluntad anticipada, donde la persona pues claramente hace la manifestación de estar en condiciones propias de autonomía para poder generar la solicitud, pero nadie pudiera, ningún tercero, solicitar eutanasia propiamente dicha para las personas en ninguna parte del mundo.

Esto se justifica desde la bioética como una forma de protección a intervención indebida de terceros y que pues pudiera generar ciertas condiciones que de pronto el sistema de salud no pudiera llegar a detectar. Entonces, la Corte ha hablado de consentimiento sustituto, pero la interpretación que hemos hecho en el Ministerio de Salud a ese consentimiento sustituto se daría para la adecuación del esfuerzo terapéutico, el rechazo de ciertas intervenciones clínicas y pues obviamente para el cuidado paliativo en los casos que lo amerite. Siguiendo, por favor.

Y entonces, en Colombia ya vimos el escenario internacional, se define la eutanasia, ya lo habíamos dicho, como el acto médico de inducción a la muerte, realizado por un paciente tras el cumplimiento de condiciones que han sido verificadas por los comités interdisciplinarios, esa solicitud debe ser informada, inequívoca, reiterada y hasta el momento no sustituible, debe estar la persona con competencia mental, verificable a través del grupo de psicólogos o psiquiatras que haya en el momento en la institución.

Por otra parte, debe ser persistente en el tiempo y reiterada tras ser validada, debe haber la presencia de una condición de salud extrema, como enfermedad grave, incurable, lesión corporal y condiciones clínicas de vida. Y ahí hacemos una observación también el articulado del proyecto de ley y es que estas definiciones de enfermedad, de condición clínica de final de vida y enfermedad extrema deberían ser más refinadas, para justamente poder los médicos argumentar de mejor forma en qué caso sí y en qué casos no operaría, ya nos lo dice la Corte Constitucional, no es simplemente un tema del deseo

del paciente, sino que definitivamente debe haber un criterio objetivo.

La expresión subjetiva del sufrimiento juega, por supuesto, secundaria el diagnóstico que genera la presencia de la enfermedad en nuestro país y según la Resolución número 825, se limita a mayores de edad, adolescentes y en casos muy excepcionales de 6 a 12 años, yo quiero aquí hacer una pequeña, ¿cuáles serían esos casos excepcionales? Hay niños y niñas que sí pudieran tener una idea acerca de lo que implica la muerte, sobre todo no tanto de su inevitabilidad, sino de su inexorabilidad, es decir, un niño o una niña puede tener la concepción de que la muerte es para siempre, de todas formas no regresa el animalito, no regresa el familiar, pero acerca de la inexorabilidad, es decir, que es algo que le pasa no solamente al animalito o al familiar, sino a uno mismo, eso se alcanza en etapas mucho más posteriores de la vida, ya nos lo mencionaba, prácticamente cuando se tiene capacidad de decisión 12-14 años.

Todas las solicitudes cursan procesos de verificación por un comité previo y posterior a la realización del procedimiento, hay un reporte del Ministerio de Salud y en la Resolución número 971 se limita únicamente a nacionales y extranjeros residentes en Colombia. Siguiendo, por favor.

En conclusión, honorable Senador y presentes en este auditorio, la jurisprudencia sobre el derecho fundamental a morir con dignidad en Colombia inicia en el 93 y hasta el más reciente pronunciamiento de la Sentencia T-048 del 2023, siendo profusa y amplia y digamos casi que tomando ventaja sobre algunos países que ya llevan, digamos, varios años con este tipo de práctica como Canadá. El Ministerio de Salud y Protección Social ha dado cumplimiento a los ordenamientos de la Corte Constitucional para dar indicaciones a los regulados en ausencia de un acto legislativo y desde ese punto de vista, obviamente, desde el Ministerio de Salud y Protección Social celebramos que haya iniciativas por parte del Legislativo para poder regular la materia y pues obedeciendo a todos los exhortos de la Corte.

A pesar de la jurisprudencia de los actos normativos disponibles, de todas formas, persisten barreras que no se limitan a la existencia o no de directrices legislativas, sino que incluyen cuestiones morales, diferencias éticas, desconocimiento y barreras actitudinales muchas veces por parte de los profesionales de la salud. La eutanasia, hay que clarificar e insistimos en esto, es simplemente una opción de muerte medicamente asistida, pero no es la única reconocida dentro del derecho fundamental a morir con dignidad en Colombia.

La eutanasia es un acto médico diferente a la asistencia médica al suicidio, por lo tanto, requiere de prestaciones y servicios diferentes, el suicidio medicamente asistido no es con el protocolo médico de la eutanasia, que básicamente son medicamentos anestésicos, implicaría toma de medicamentos orales y con acompañamiento médico, lo que nos ha dicho la Corte es el suicidio medicamente asistido

está despenalizado, pero no implica una prestación por parte del sistema de aseguramiento en salud en el país. Esa distinción creo que es bastante importante tenerla en cuenta igualmente en este escenario.

Y básicamente lo que se pudiera decir a una persona que está solicitando el suicidio medicamente asistido, por estar en una condición de salud extrema, de sufrimiento incoercible, etcétera, es básicamente ofertarle la posibilidad de la eutanasia, pero no necesariamente del suicidio. Ahí hay que igualmente tratar de fondo porque son dos prácticas bastante diferentes desde el punto de vista médico. Siguiendo, por favor.

Igualmente, como conclusión, el consentimiento sustituto no está permitido en ningún país, insistimos en eso, el acceso a extranjeros no está permitido en ningún país, a menos que sean residentes, el acceso de personas con enfermedad mental solo se ha incluido en Colombia y en Canadá y es un tema igualmente de un debate bastante profundo y amplio, pues con las asociaciones médicas de salud mental. La reglamentación a través del Ministerio de Salud y Protección Social ha procurado mantener los estándares definidos por la jurisprudencia, los consensos progresivos por la disciplina médica y la imperativa necesidad de no validar, ni refrendar prácticas eugenésicas, como pudiera ser haber aceptado la eutanasia para recién nacidos o primera infancia.

La generación de regulación y actualización de actos administrativos no es inmediata, ni puede realizarse sin estudiar concienzudamente los alcances de la misma, se requieren más de los seis meses que están propuestos en el articulado del proyecto de ley para que el Ministerio de Salud pudiera, de todas formas, uno de los ordenamientos de la Corte Constitucional, en su momento a través de tutela, fue que el Ministerio presentara un proyecto de ley al Congreso de la República, esa tarea se hizo, hay un texto, un articulado que sería bueno conciliar con el actual proyecto y de todas formas estamos en la tarea actual de actualizar la Resolución número 971, para hacer un solo corpus normativo de cómo está funcionando la eutanasia actualmente en Colombia, porque pues hay que reconocer que más allá del proyecto de ley, pues la práctica viene siendo una realidad en el país.

La idea que nosotros tenemos es que cualquier proyecto de ley que se debata en este escenario pues debe tener unos alcances y debe tener unos límites, lo digo a mis estudiantes en las clases de bioética que tengo a bien dictar en la Universidad del Bosque y es que cuando no hay regulación, pues se da vía libre a que las prácticas no protejan a las personas, pero cuando la regulación es tan amplia que prácticamente no hay límites, pues entonces es prácticamente como si no hubiera regulación.

Entonces, desde ese punto de vista y en un tema tan sensible, pues esperamos siempre que se tengan en cuenta todos los avances que ha habido hasta el momento y que realmente podamos llevar a cabo un debate democrático y no una disputa ideológica

entre un tema tan serio y que tiene que ver con la vida de todos y cada uno de nosotros. Siguiendo, por favor.

Sobre el proyecto de ley, entonces, con el mayor respeto, Senador, se necesitan tratar unos asuntos urgentes a trabajar en el proyecto, voy a permitirme leerlos desde acá que tengo más clara la visual y es, hay definiciones erráticas e incompletas que pueden generar confusión y mayores barreras de acceso que las que actualmente hay, hay un retroceso conceptual de la definición de eutanasia como una forma de muerte medicamente asistida, al mismo tiempo que hace referencia a esta como suicida medicamente asistido, ahí hay confusión de términos que nos tocaría entrar a clarificar. La inclusión del suicidio medicamente asistido sin reconocer las diferencias prestacionales que resultan de esta opción también puede generar confusión, puede generar barreras adicionales, entonces será muy importante llegar a definir las de mejor manera.

La inclusión de extranjeros sin generación de ningún tipo de profundización sobre riesgos y limitaciones que derivan las atenciones propias del turismo en salud, nadie quiere y créame, Senador y honorables Representantes acá, que recibimos correos electrónicos de personas en el exterior que dicen: bueno, yo sé que la eutanasia está permitida en Colombia, qué tengo que hacer para ir practicármela allá. Entonces lo que hagamos como país también tiene un impacto en la región, porque otros países están mirando con mucha atención cuáles son los desarrollos jurisprudenciales normativos, esperamos próximamente legislativos que podamos tener.

La ley reglamenta asuntos que ya están legislados en los documentos de voluntad anticipada, en la Resolución número 2665 del Ministerio, y temas que requieren una deliberación detenida y detallada. La formalización del consentimiento lo complejiza, porque pone testigos que luego tendrían que ser ubicados por parte del médico, tiene que ser por escrito, cuando en la actualidad basta con la expresión verbal de la persona y que sea registrada en la historia médica, hay que entrar a ver esos requisitos de formalización del consentimiento. Todo el tema, no voy a insistir más, del consentimiento sustituto.

La creación de procesos asistenciales adicionales, la reglamentación de la objeción de conciencia con creación de los registros de los profesionales de la salud, ese registro pudiera transformarse en un tipo de barrera. Y ojo, en los temas de objeción de conciencia hay que tener o andar con mucho cuidado para que luego no vayan a ser utilizados como barrera para los temas de interrupción voluntaria del embarazo. Eso hay que igual tomarlo con pinzas, diríamos en un lenguaje coloquial.

Y la extensión del derecho a familiares y red de apoyo, pues nos deja tan abierto el tema que pudiéramos estar en escenarios de prácticas abusivas o de vulneración de derechos de eutanasias no consentidas en el futuro. Esto básicamente con la, siguiendo, por favor, experiencia que hemos tenido

a lo largo de estos años en el Ministerio de Salud y Protección Social.

De nuevo, felicitamos la iniciativa y desde el Ministerio estamos absolutamente abiertos a acompañar la unidad técnica legislativa, nos gustaría sentarnos, discutir, conciliar con el proyecto de ley anterior y de verdad poder sacar el mejor producto, que obviamente garantice el derecho a una muerte digna que está establecido jurisprudencialmente en el país, pero igualmente que genere, digamos, la protección a personas que pudieran no estar requiriendo la eutanasia, como forma de muerte digna. Muchísimas gracias, señor Senador y doctora Clara...

...No ha sido radicado el proyecto de ley aún en el Ministerio, porque nosotros conceptuamos siempre obviamente a todos los proyectos de ley, entonces con el mayor respeto le sugiero que podamos tener esa radicación, para desde la oficina jurídica que es la competente poder hacer digamos el concepto, tal como se hace con todos los proyectos de ley que competen al Ministerio, muchísimas gracias.

La Presidencia interviene para un punto de orden:

Muy bien, magnífico. Igualmente yo recojo su llamado, que esta no sea una discusión ideológica o religiosa, prefiero y esa va a ser mi orientación, como ya lo dije, sin dogmatismo, pues buscar los mayores equilibrios posibles, tomando en consideración pues no solo los antecedentes, sino también el estado de la opinión, porque finalmente esa opinión se refleja en el Congreso. El Congreso es el que interpreta lo que considera que es la opinión, siempre tomando en consideración además y usted nos lo ha recordado, lo omití en mi primera intervención, que además de la jurisprudencia y de algunas leyes, y obviamente el propio texto constitucional, hay profusas resoluciones que el Ministerio de Salud ha emitido en el pasado.

Claro que hay que tomar en consideración un punto, la Corte cuando exhorta el Congreso lo hace a través de un itinerario, la competencia del Congreso no está, por lo menos este no es un acto legislativo, en reinterpretar los elementos esenciales que la Corte ha señalado. Entonces, yo repito que recojo con mucho respeto sus opiniones, pero siempre habría que someterlas a un examen del núcleo esencial del derecho y de sus contornos en función particularmente de los límites por los que usted proclama y pide que sean tenidos en consideración.

Usted tiene razón en que, dijéramos, para el derecho a la muerte digna, para esquematizar aun cuando esto tiene las complejidades que usted ha señalado, pues básicamente tres caminos y en eso está: los cuidados paliativos, igualmente la adecuación de los procedimientos terapéuticos, pero hay que recordar este proyecto se refiere a uno de esos tres mecanismos que es el de la muerte médicamente asistida.

Me pareció muy importante su intervención sobre el turismo, el turismo de la muerte, creo que se han tomado unas previsiones, pero es algo que

realmente tenemos que discutir, no queremos que Colombia sea la meca de la eutanasia, a propósito de lo cual incluso nosotros no hemos hasta el máximo utilizado la expresión eutanasia, por varias razones. Primero, porque puede generar equívocos; segundo, porque en su historia, aun cuando desde en griego eutanasia es un concepto que sería aceptable, es decir, la buena muerte, es algo que todos queremos, incluso desde el punto de vista religioso se habla de una buena muerte, pero particularmente con la colindancia con la eugenesia, nos parece que tiene unas trampas conceptuales que han impulsado nuestra tarea a tratar de eliminar esa expresión y hablar más, como lo dijo el doctor Ramírez, no solo del derecho a la muerte digna, sino la muerte como un eslabón de la vida, como un desenlace que es el punto en el que nosotros nos inspiramos.

Yo quiero registrar la presencia de la Senadora Clara López, además, como ya lo dije, del Senador David Luna, pero quisiera que la Secretaria nos contara qué otros Senadores están por la red participando.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Ana María Idarraga Martínez, docente Universidad de la Sabana:

Bueno, muchas gracias por la invitación y por este espacio tan importante, en esta audiencia ya hemos escuchado varias veces expresiones como toma el control, decisiones personales, dignidad, autonomía y libertad. Todo lo anterior enmarcado en el constante discurso de convertir las elecciones personales en derechos exigibles.

En medios de comunicación y en las campañas que se han hecho, no han mencionado casos muy dolorosos de personas que se enfrentan a enfermedades graves e incurables y que solicitan con insistencia que se termine ese sufrimiento, y vale la pena pues ahí sí preguntarse qué fin más loable podría perseguir un proyecto de ley. Pues, aunque reconozco y lamento todo este sufrimiento, en esta intervención tocaré tres puntos, que a mi consideración resultan profundamente problemáticos de la regulación, tal como ha sido presentada ante el Congreso de la República. Y contrario a todo lo que se ha dicho, minan el Estado de derecho y obstaculizan las libertades individuales.

En primer lugar, tanto el proyecto de ley como la exposición de motivos cambian el lenguaje expresamente para desmitificar la eutanasia, llamándola derecho o muerte medicamento asistida. Este cambio de lenguaje genera dos consecuencias muy problemáticas, por un lado, la consideración de una conducta como un derecho trae consigo el deber del Estado de promover esa conducta, esto digamos en los países pioneros en la regulación de la eutanasia, como han sido llamados aquí y citados como ejemplo, esta promoción ha llevado a un incesante aumento en los casos de eutanasia que son muy preocupantes.

En Bélgica, en la última década ha habido un aumento de más del 300% de casos, y en Canadá, solo entre 2020 y 2021, hubo un aumento de casos

del 32.4% en un año, esta tendencia no es normal para un procedimiento que se presenta como excepcional o es que más bien ese deber de promoción de los Estados está siendo tan efectivo que cada vez más personas consideran que la mejor opción para tratar sus padecimientos es la eutanasia, pues vale la pena preguntarse y eso es lo que queremos que pase en Colombia.

Por otro lado, el cambio del lenguaje puede llevar a banalizar una conducta que implica en todo caso la terminación de la vida de un ser humano a manos de otro, esta banalización también ha llevado a que países como Canadá se hayan realizado eutanasias que tienen un claro origen en la pobreza de la persona que se somete a la eutanasia, como en el caso de una mujer que sufría de varias afectaciones de salud, solicitó un auxilio de vivienda y al serle negado pues optó por la eutanasia como digamos la forma de atender sus distintos padecimientos, incluido, digamos, las problemáticas económicas que sufría.

En segundo lugar, es fundamental que el Congreso se pregunte si es que queremos que en Colombia como sociedad promover la muerte mediante eutanasia en niñas y niños desde los 6 años de edad. La promoción es tan fuerte que el proyecto de ley establece que el no acceder a la eutanasia de estos niños y niñas, desde los 6 años, puede constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En un estudio que se hizo en España, denominado *“Hablar de la muerte al final de la vida”*, se pudo establecer que, para los niños y niñas de 7 a 11 años, el concepto de muerte es muy difícil de comprender. Y antes de los 7 años, o sea, a los 6 años, que son niños que ya trae el proyecto de ley, los niños y las niñas entienden el concepto de muerte como temporal y reversible, es por esta baja comprensión de conceptos abstractos y su desarrollo paulatino que en el ordenamiento jurídico colombiano se han establecido importantes prohibiciones a la libertad de autodeterminación de los niños y las niñas.

Por ejemplo, el derecho internacional humanitario establece la incapacidad de los niños y las niñas de consentir en enlistarse en actividades militares, en Colombia esta prohibición se extiende incluso hasta los 19 años y no tiene ninguna excepción. Así mismo, en nuestro ordenamiento jurídico se presume que las relaciones sexuales con menores de 14 años son abusivas y prohíbe el matrimonio entre menores de esa misma edad. Incluso, el Comité de Derechos del Niño instó a Colombia a aumentar la edad a 18 años en el tema de matrimonio infantil.

En Colombia, por ejemplo, una niña de 7 años, aunque demuestre comprender el concepto de matrimonio y los padres estén de acuerdo con la unión, no puede contraer un matrimonio válidamente y no puede porque la familia, la sociedad y el Estado tienen un deber especial de protección de los niños, niñas y adolescentes; incluso si esta protección implica limitar la autodeterminación de los niños. Este sentido es absolutamente incoherente con nuestro sistema normativo, permitir que niños y

niñas desde los 6 años consientan morir por medio de la eutanasia.

En tercer lugar, el artículo 42 del proyecto de ley establece que todas las IPS de nivel 3 y 4 que cuenten los servicios de urgencias, oncología, hospitalización, cuidados paliativos, entre muchos otros servicios, deben realizar procedimientos de eutanasia. Existen en Colombia cerca de 8.000 IPS privadas, de estas hay algunas que fueron constituidas con el propósito de cuidar al paciente, apegadas al juramento hipocrático y que no estarán dispuestas a practicar eutanasias porque consiste en este procedimiento en terminar deliberadamente con la vida de un ser humano.

La obligación establecida en la ley viola el derecho fundamental a la libertad de asociación, ya que obliga a los privados a que los establecimientos que fueron fundados bajo su cuenta y riesgo practiquen procedimientos que contrarían profundamente sus valores, principios y el objeto con el que fueron creados. ¿Cómo se protege entonces la autonomía y libertad de estos particulares? Este proyecto de ley implica serios riesgos para el Estado de derecho, en tanto protector de los niños y las niñas. Serios riesgos para la libertad individuales y la protección y promoción de los derechos humanos. Este proyecto de ley puede ser la puerta a una pendiente resbaladiza que después sea muy difícil de detener, que empiece con eslogans como *“toma el control”*, pensando en el sufrimiento de adultos con enfermedades incurables y terminen en eutanasias por pobreza, como en Canadá, o en la eutanasia de 15 a 20 recién nacidos sin pronósticos terminales, como en Países Bajos.

El Congreso tiene en sus manos una decisión fundamental que implica la decisión entre legislar con eslogans que suenan muy llamativos o legislar para la protección real de todos los seres humanos, especialmente los más vulnerables, incluidos los niños y las niñas colombianos. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Mónica Giraldo Castaño, Directora Ejecutiva de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD):

Muchas gracias, primero, por la invitación y por el espacio y la palabra; y muchas gracias, Senador de la Calle, por abrir de nuevo la conversación sobre un tema que para todos es incómodo, la palabra muerte siempre va a generar incomodidad, independientemente del escenario donde se presente. Colombia es un país históricamente de violencia, donde la muerte violenta se ha vuelto un escenario común para muchos, casi paisaje en otras situaciones, cuando uno prende el noticiero, pero cuando hablamos del derecho a decidir sobre la propia vida y sobre la propia muerte, perdemos de panorama ese derecho a poder elegir sobre nosotros mismos.

La Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, desde hace 44 años, viene defendiendo el derecho a tomar decisiones anticipadas frente al final de la vida y esto es importante, la Fundación cuando nació, no nació con el objetivo de imponer una sola

posición frente a la muerte o una sola forma de morir, nació con el objetivo de tener las conversaciones incómodas, esas conversaciones que hoy nos entran y que terminen siendo muchas veces debates apasionantes, ideológicos, pero que nos impiden muchas veces ver las barreras que hay.

Claramente, desde 1997 y gracias a la sentencia del Magistrado Carlos Gaviria, como Colombia hemos avanzado muchísimo en relación con la muerte medicamente asistida, sin embargo, desde el 2014 que está la reglamentación del Ministerio y lo decía el representante del Ministerio, siguen habiendo barreras, barreras ideológicas, barreras de acceso, sigue habiendo falta de respeto al principio de celeridad, hay pacientes que cuando radican su solicitud, y es un poco en lo que yo como Fundación quiero centrar este y es contarles las barreras que viven diariamente los pacientes para acceder al derecho a la eutanasia.

Y es: radico mi solicitud, y seis meses después me dicen que todavía está en lista de espera, solo para revisarla, no se da el derecho a la información en muchas EPS, muchas IPS, sin decir que todas, porque hay muchas que lo están haciendo muy bien, que han implementado la normatividad de manera correcta, no reconocen el derecho a la eutanasia, sin decir que el derecho a la eutanasia es una obligación, muchos acceden a unos muy buenos cuidados paliativos, están muy bien acompañados por cuidados paliativos, pero llega un momento que la decisión sobre la propia vida y sobre la propia muerte se vuelve en una oportunidad para tener lo que ellos consideran una vida digna y una muerte digna.

No se está respetando el principio de imparcialidad, se sigue negando desde el momento de radicación, sea al médico, a la EPS o a la IPS o en el momento de estudiar el caso en los comités de muerte digna, sigue habiendo valoraciones totalmente parcializadas desde principios religiosos o personales en relación con la muerte.

El poder avanzar en un proyecto de ley significa poder seguir reconociendo que es un derecho, vuelvo y reitero, no una obligación, entiendo que este proyecto de ley es totalmente de avanzada, recoge muchas cosas que se han hablado en muchos momentos y qué maravilloso que Colombia pueda ser un país de avanzada, que este proyecto de ley pueda reconocer todas esas discusiones que hay aisladas que se han dado en muchos momentos, que pueda reconocer que el sufrimiento va más allá de la enfermedad mental, que hay muchos momentos que vale la pena.

Entiendo que uno de los grandes puntos de discusión y álgidos es el consentimiento sustituto, que seguramente a todos los que trabajamos en el sector salud nos genera muchas dualidades, pero cuando uno reconoce las caras y los casos y las necesidades entiende por qué es importante incluir el consentimiento sustituto, no significa abrir una puerta a una pendiente resbaladiza, es hacer un

ejercicio juicioso de reconocimiento de la mejor interpretación de la voluntad.

La Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente junto con DescLAB desde hace un año más o menos viene trabajando en construir lo que podrían ser unos lineamientos para reglamentar el acceso a la eutanasia por medio del consentimiento sustituto, en un ejercicio donde llamamos a la conversación a psicólogos, abogados, profesionales, familias y pacientes. Reconociendo que es un tema difícil, pero por ser difícil no se debe ignorar, por ser difícil, al contrario, hay que traerlo a la mesa.

Desde la Fundación estamos totalmente agradecidos con este proyecto, reconociendo que recoge las experiencias de 18, 16 debates anteriores que ha habido con proyectos anteriores, que recoge esas pequeñas luchas que han tenido muchos pacientes y que permite que muchos avancemos. Yo creo que de nuevo me uno a la invitación que muchos han hecho acá y es que este sea un debate desde reconocimiento del derecho, no sea un debate ideológico, porque, de nuevo, reconocer el derecho a una muerte médicamente asistida, sea bajo la figura de eutanasia, de asistencia médica al suicidio, no significa imponer la opción de muerte a los que no quieren, significa que aquí quienes como yo creemos que es una mejor opción para acceder a la muerte cuando estemos en unas condiciones de salud que consideremos indignas, vamos a tener un Estado que nos lo garantice, no como muchos pacientes que viven un itinerario, no en Bogotá, no en las grandes capitales, en esas regiones aisladas de sufrimientos y de falta de acceso, totalmente indignas y que son lo que hoy no siente la mesa discutir.

Entonces, muchísimas gracias por la invitación y ojalá este debate se dé en reconocer superar las barreras que hoy en día hay y que esto nos permita o les permita a los pacientes que sufren y que creen en la eutanasia y en la asistencia médica el suicidio como una opción, poder acceder a ellos.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Lucas Correa Montoya, Director del Laboratorio de Derechos Economicos, Sociales y Culturales (Desclab):

Buenos días a todos, Senador de la Calle y demás Senadores que nos acompañan tanto presencial como virtualmente. Junto con Mónica, la directora de la Fundación DMD y en mi caso Lucas Correa, como director del Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aplaudo esta iniciativa, es una iniciativa que recoge los avances del proceso legislativo anterior, las bondades de la reglamentación del Ministerio de Salud y la experiencia práctica.

Me voy a referir a cuatro temas álgidos que ya surgieron en esta audiencia, a efectos de tener distintos puntos de vista, el primero es la reglamentación o la regulación en el proyecto de ley de la asistencia médica al suicidio y la ponencia radicada para primer debate incluye dentro del concepto de muerte medicamente asistida, tanto la eutanasia como la asistencia medical suicidio, y esto

es un acierto, es un acierto que lleva al legislador a estar a tono, actualizado con la jurisprudencia de la Corte Constitucional y a tomar la asistencia médica al suicidio como un mecanismo dentro del derecho dignamente y a regularlo a profundidad.

No es cierto, como lo dice el Ministerio de Salud, que no se puede hacer nada más porque el estado de la asistencia médica de su despenalización, es cierto que la Corte Constitucional lo despenalizó, por supuesto no lo reguló ni lo reglamentó, porque no le corresponde, pero al Congreso de la República sí le corresponde regularlo y, oh, sorpresa, al Ministerio de Salud también le corresponde avanzar y cumplir la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Eso no quiere decir, como así lo manifestó el doctor Luque en esta audiencia, que una persona colombiana que solicita la asistencia médica al suicidio se le debe ofertar la eutanasia, todo lo contrario, el Ministerio debería estar haciendo un documento técnico con el consenso de expertos acostumbrado, que lleva a cabo para establecer cómo llevar a cabo la asistencia médica al suicidio, mientras el Congreso, como efectivamente lo está haciendo con el proyecto de ley que se discutirá, regulará este mecanismo, es un acierto abordar la asistencia médica al suicidio dentro de la muerte medicamente asistida y dentro del derecho a morir dignamente.

El segundo punto tiene que ver con los extranjeros, verdad, no podemos olvidar, como olvidó el doctor Luque, que el artículo 100 de la Constitución Política de 1991 establece literalmente que los extranjeros gozan de los mismos derechos reconocidos a los colombianos, siempre que estén en el territorio nacional y que las excepciones al acceso de estos derechos están limitadas únicamente por el orden público.

Entonces, no hay que llamar al acceso de derechos por parte de los extranjeros a una especie de turismo de la muerte, todo lo contrario, lo que Colombia hace como un país protector de derechos humanos es no generar diferencias entre extranjeros y nacionales en el acceso a los mismos y es gracias a eso que niños y niñas venezolanos acceden a la educación, que ciudadanos y ciudadanas venezolanas a la salud, entre otras situaciones amplias donde el Estado colombiano no restringe el acceso de derechos al hecho de ser ciudadano o de ser ciudadana.

Tampoco es cierto que en el exterior ciudadanos extranjeros no viajen a países a acceder a estos procedimientos, los suizos llevan más de 50 años recibiendo ciudadanos europeos, de múltiples lugares, a acceder a los procedimientos. No hay que temerle al hecho de que extranjeros vengan a Colombia a practicarse los procedimientos, lo que hay que hacer es regularlos para evitar abusos y sobrecargas al sistema de salud, porque esta limitación es una limitación abiertamente inconstitucional.

En tercer lugar, vale la pena hablar del consentimiento sustituto, no es cierto que en Colombia no existe el consentimiento sustituto, lo

que es cierto es que el Ministerio se niega de manera reiterada desde el año 2017 a cumplir las órdenes de la Corte Constitucional. En Colombia todas las personas somos sujetos de la capacidad jurídica y de la toma de decisiones con apoyo, y nuestra red de apoyo puede hacer la mejor interpretación de la voluntad y nuestras preferencias, inclusive para acceder a la muerte digna. Es una sorpresa que a los funcionarios del Ministerio de Salud no les cause ningún reparo bioético que se puede acceder a la adecuación del esfuerzo terapéutico para asistir la muerte, como por ejemplo cuando a las personas se les proveen morfina en dosis en las cuales en el conocimiento médico es claro que causarán un paro cardiorrespiratorio en cuestión de minutos u horas, pero para acceder a la eutanasia a la familia y la red de apoyo no puede hacer esa mejor interpretación.

Desde la inserción de la Ley 1996, las personas con discapacidad o todas las personas que estén en incapacidad de decidir son titulares de la posibilidad de que sus familiares hagan la mejor interpretación de su voluntad y esto además ha sido una orden reiterada en dos oportunidades por la Corte Constitucional. Entonces, no es un argumento admisible pensar que a la bioética no le parece que se pueda sustituir el consentimiento, cuando efectivamente sí lo hace para otros procedimientos y cuando el ordenamiento jurídico así lo permite.

Este proyecto regula de manera acertada, como Mónica Giraldo le acaba de decir, la aplicación del principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona y, por tanto, la posibilidad de que terceras personas acudan a manifestar la voluntad.

Y por último, me referiré al concepto de la enfermedad grave, desde hace unos meses el Ministerio ha empezado a utilizar conceptos equivocados referidos a condiciones de salud extrema o situaciones de fin de vida, la jurisprudencia de la Corte Constitucional habla de una enfermedad grave e incurable y el proyecto de ley lo aborda de manera acertada. Una enfermedad grave e incurable es una enfermedad debidamente diagnosticada, que no tiene una cura conocida con los procedimientos y recursos médicos que están disponibles y es grave porque implica una afectación importante en la calidad de vida y en el bienestar que la persona juzga incompatible con su propia idea de dignidad.

Hablar de condiciones extremas de salud o de condiciones de fin de vida no es otra cosa que utilizar un eufemismo para la enfermedad terminal, un requisito que la Corte Constitucional eliminó desde el año 2021, en la Sentencia C-233, en la cual estableció que nadie tiene que esperar a que su situación de vida sea extrema o estar en una situación de fin de vida para tomar decisiones referidas al derecho a morir dignamente, basta con tener una enfermedad que la persona considere grave y que sea incurable.

Con estos cuatro puntos: suicidio, extranjeros, mejor interpretación de la voluntad y enfermedad grave e incurable, finalizó nuestro aporte a esta

audiencia, poniendo nuevamente la atención en que este es un proyecto de ley completo y ambicioso, que regula de manera eficaz el derecho a morir dignamente que tienen los ciudadanos y las ciudadanas colombianas.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Silvia Camacho:

Hola, buenos días a todos. Hoy hace 10 meses estaba con Mónica practicándole la eutanasia a mi mamá. Mi mamá tuvo tres cánceres: de mama, leucemia y colon, y ella cuando le diagnosticaron su cáncer de colon, un año antes, decidió que empezáramos a averiguar qué era la eutanasia y cómo estaba en Colombia y ella ya no quería más tratamiento, ya no quería sufrir más y empezamos este camino de averiguar, para mí era totalmente desconocido, de averiguar cómo se practicaba en Colombia, qué se podía hacer y una tía que conocía a DMD y fuimos a hablar con Mónica.

Así mismo, presencia de la muerte de mi papá y de mi hermana de manera tradicional, por llamarlo así, ellos en una clínica sufriendo hasta las últimas consecuencias y no sé si por eso mi mamá ya tenía como su elección de hacerlo de manera distinta y, bueno, lo logramos, así fue y nada, un año planificando la muerte para mí es transformación y estamos muy, con el tema como... no lo normalizamos, no lo hablamos, pues incómodo hablar de la muerte, y como les digo, he presenciado muchas muertes de amigos, familiares, pero papá, mamá y hermana.

Y la de mi mamá fue una muerte preciosa, una muerte sin dolor, una muerte con la posibilidad de despedirnos, que ella se despidiera de la gente que más quería, con todo un acompañamiento siempre del sistema de salud. Y no tengo mucho más para decir, que es como quisiera que cualquiera de ustedes muriera, porque fue algo muy gratificante y muy, sí, poderoso para todos familiares y amigos. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Martín Simón Castro Longo, estudiante Universidad de los Andes e Investigador Júnior en DescLab:

Bueno, muchas gracias. Un saludo para la Comisión Primera, para todos los presentes. Mi nombre es Martín Simón Castro, soy investigador júnior de DescLAB y estudiante de derecho de la Universidad de los Andes y me gustaría resaltar un par de puntos importantes de por qué este proyecto de ley es tan bueno y tan positivo para la protección del derecho a la muerte digna.

Pienso que este contexto, este debate, no es sobre la existencia o no del derecho, ya jurisprudencialmente se ha establecido y se ha reconocido como un derecho fundamental, este es un debate regulatorio. Otra vez la Corte ha llenado los vacíos jurídicos, pero es un deber de este Congreso reconocer la legitimidad democrática que este proyecto de ley tiene, el 70% de la ciudadanía apoya la muerte digna y el Congreso como representante del constituyente primario está obligado a regular a favor de la opinión pública.

Es importante que resaltemos que este proyecto de ley desarrolla derechos muy importantes como la vida digna, la libertad, la autonomía y la protección en contra de tratos crueles e inhumanos, tratos crueles a los que se pueden ver sometidas personas que teniendo que la posibilidad de acceder a la muerte medicamente asistida y la muerte digna, se les ven imposibilitados estos objetivos de muerte por barreras morales e institucionales que se deben derrotar.

Este proyecto de ley es muy completo, busca regular de manera muy detallada el derecho a la muerte digna, está actualizado para ser coherente con la jurisprudencia de la Corte Constitucional más reciente, con todos los requisitos que en esta misma se pueden ver y además con las resoluciones y regulaciones del Ministerio de Salud, que son actualmente vigentes.

Se tiene que volver a reiterar la importancia que la ciudadanía tiene en el centro de este proyecto de ley, son ellos quienes deciden cuándo morir dignamente y no se les puede negar este derecho por argumentos que no tienen nada que ver con lo jurídico.

Por último, me gustaría resaltar que este proyecto, otra vez como ya se ha dicho, incluye, introduce el concepto de muerte médicamente asistida en el ordenamiento jurídico, se tiene que tener un cambio de lenguaje para que se pueda entender la muerte sin mitos o estigmas y para no negarle el derecho a la muerte digna a las personas que en serio lo necesitan. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Constanza Ovalle Gómez, Presidenta del Consejo Nacional de Bioética (CNB):

Buenos días a todos y a todas. Sí, le doy los agradecimientos a la Comisión, al señor Presidente, Senadores y Senadores que nos están escuchando y demás audiencia. Yo debo especificar que soy la presidenta del Consejo Nacional de Bioética, sin embargo, lo que voy a decir aquí es a título personal, esto no lo he tratado en la Comisión, digamos, es del tema de la eutanasia que llevamos ya varios añitos abordando el tema y no ha habido acuerdos en ese sentido.

Entonces, soy Constanza Ovalle, mi formación es académica e investigativa en bioética, llevo más o menos 30 años trabajando en el tema, coordino el departamento de bioética de la Universidad del Bosque y con trabajo intensamente en lo que es la investigación en este campo que es aplicada al país.

Bien, en cuanto a los comentarios, son comentarios muy generales, yo creo que aplaudo este momento de discusión de esta ley, creo que, si bien fuimos un país pionero en el tema de la posibilidad de generar la eutanasia como un derecho de las personas en consideración de la muerte digna, hoy estamos rezagados, como lo dice muy bien el preámbulo de este proyecto de ley. Entonces, lo aplaudo y esperamos estas discusiones sean muy intensas, como deben ser en bioética.

En cuanto al título de la ley, yo considero que la muerte debemos desmitificarla, debemos entender que la muerte como lo dijeron ya anteriormente es fundamental contemplarla como parte de la vida y al contemplarla como parte de la vida, debemos aprender a hablar de la muerte, porque de lo contrario pues va a seguir siendo un tema vetado para todos. Consideraría que podría llamarse muerte medicamento asistida que produce la muerte anticipada, en respeto de una muerte digna.

Considero también en el apartado de los principios que harían falta unos principios que soportarían intensamente el tema del derecho, que no está contemplado, que esta tácitamente que consideramos que no lo debemos decir porque lo hablamos como derecho, que es el tema de la dignidad. Y la dignidad en este sentido debería ser comprendida como lo hacen claramente la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco: uno, que se habrá de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales; dos, los intereses y el bienestar de la persona deberán tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o de la sociedad.

Esto con el ánimo de enfatizar en que se requiere un trato respetuoso, compasivo y que vela porque las decisiones que se tomen estarían amparadas por un sistema de salud justo y no será el factor económico el que impida ese procedimiento para la muerte anticipada, razón por la cual aplaude el hecho de que sea gratuito y de que se demande mantener los cuidados que se requieran en el momento. También considero que cuando se hace alusión al principio de prevalencia en la autonomía de la persona, deberían incluirse el concepto de libre desarrollo de la personalidad, que es realmente constitucional y que también es tácito, pero que también debe estar expreso en ese momento.

En cuanto a que se plantea la imparcialidad como un bien que debe ser neutral, tenga una discusión allí, porque a veces creemos que la neutralidad es indolencia, no, aquí el tema de imparcialidad en el sentido ético refiere específicamente a que nosotros debemos velar por la no intromisión y el concepto de vida digna puede darle un sentido ético a este concepto de imparcialidad, entonces considero que deberían complementar.

Será imprescindible incluir un principio que dé fundamento a lo democrático, que podría ser el pluralismo, por supuesto, porque de acuerdo a lo que se ha dicho en algunos momentos esto puede generar sesgos ideológicos, religiosos, de creencias y estamos en una sociedad social democrática y el pluralismo es un valor fundamental, entonces debe estar allí.

También considero que es fundamental la deliberación, en todas las discusiones que se han hecho en los países sobre la eutanasia siempre se acude a argumentos sobre la pendiente resbaladiza y ese tipo de aspectos que considero que hoy están superados con el hecho de que la toma de

decisiones clínicas deben ser deliberadas, el proceso deliberativo tiene que ser estructurado, esa es una de las razones. Y otro comentario que tengo al comité científico que debería tener una persona que en algunos momentos pudieran invitarlo, que puede ser un asesor en bioética, para precisamente procurar que esa decisión que se tome allí, claro, tiene parámetros científicos, pero también tiene parámetros éticos y la deliberación clave allí.

En cuanto a los principios, también considero que el de interseccionalidad debe complementarse y debe complementarse con el hecho de que no se considera con este principio o se tiene en cuenta que no deben ser excluidas de los beneficios de poder acceder a la muerte digna en la modalidad de eutanasia, sin distingo alguno, porque también queda como uno tiene un sentido ético de porque estamos en ese enfoque diferencial.

En cuanto a la información, incluir la protección a la intimidad, creo, lo dice más adelante el texto de la ley, pero esto hay que enfatizarlo en el preámbulo con los principios precisamente por lo que estamos planteando y se dijo anteriormente, estos listados donde no solamente estamos hablando del paciente o la persona que solicita la eutanasia, sino estamos hablando de los profesionales y los diferentes actores que están involucrados en este procedimiento que pudieran no querer que sus nombres estén divulgados, tanto porque aplican el procedimiento o tanto porque objetan el procedimiento.

En cuanto a especificar de lo que se entiende por los requisitos, ah, okay, esto del trato diferencial ya lo había dicho, no voy a especificar más en esto, en el título 2 considero que cuando se habla de adultos debe incluirse también a los menores emancipados, pensémonos un poco esos chicos que ya son autosuficientes, que no están al amparo de los padres, ya se habló de una edad que puede ser permisible a los 14 años, porque hay digamos sentencias constitucionales que le dan esa posibilidad de tomar decisiones a los jóvenes, entonces sí creería que por lo menos estudiemos esa posibilidad.

En cuanto al hecho de que se plantee la mirada y la perspectiva subjetiva del sufrimiento, digamos, o de cómo valorar si realmente la decisión de la persona requiere algún tipo de análisis, creo que es acertada, considero que es acertada, porque detrás del concepto de subjetividad está el tema de que no somos capaces jamás, tú lo acabaste de decir, jamás de dimensionar toda la intensidad que puede ser el dolor y el sufrimiento que esta persona, digamos, esta persona que está tomando una decisión que claramente es difícil para ella, pero que puede generar un alivio.

Siempre que se hable de consentimiento informado, y coincido claramente con la exposición que se hizo anteriormente, debe especificarse que el asentimiento, todos los menores de 14 años asienten, yo no concibo hacer un procedimiento de eutanasia cuando estas personas menores de 14 años no tienen una información y además no han asentido, el consentimiento informado es un proceso, es

un diálogo, es un aprendizaje mutuo, ¿eso qué significa?, eso significa que la persona, en este caso el menor, tiene que estar muy informada y muy al tanto y puede ir cualificando, como se dijo en algún momento, su asentimiento. Y por supuesto, con un acompañamiento de un consentimiento informado.

En cuanto a la sustitución, creo que esto es una cuestión que en bioética se ha discutido muchísimo, es una de las cosas que generó, digamos, unas consideraciones especiales con un libro que todos los que iniciamos en bioética lo vimos que es *Principios de Bioética* de Beauchamp y Childress, donde se plantea que realmente la sustitución que es herencia de un mandato jurídico, lo interesante y aquí en bioética es que se plantea que realmente aquí hay que velar por la mejor interpretación, es decir, el sustituto será la persona que está cerca, si me lo permiten y es bueno hablarlo espiritualmente, compasivamente, con esa persona que está tomando o que no está en ese momento y que no puede tomar la decisión para optar por una muerte digna en la modalidad de eutanasia.

Cuando yo leí el proyecto de ley inicial, y veo que retiraron varios artículos que estaban contemplados para los menores de edad y entiendo por qué lo hicieron, creo que vale la pena por lo menos incluir un párrafo en ese punto donde se incluya que estos requisitos también están concebidos otros que ya para los adultos y ojalá menores maduros emancipados estén contemplados.

Incluir un especialista de bioética es muy importante o por lo menos alguien que considere la deliberación en estos comités científicos que los llaman la anonimización también de las personas que están involucradas en el acto de la eutanasia medicamente asistida o del procedimiento de medicamento asistido, y bueno tengo otros comentarios, pero creo que en aras del tiempo no vale la pena ampliarme más. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Martha Peña Preciado, Médica Cirujana de la Universidad Nacional de Colombia:

Gracias, muy buenos días. Marta Peña, médica cirujana de la Universidad Nacional, neuróloga de la Universidad Nacional con entrenamiento en esclerosis lateral amiotrófica. Hablo a mi nombre y quiero agradecer a todos ustedes por abrir este espacio de discusión. Trabajo como neuróloga de una enfermedad que se llama esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una enfermedad neurodegenerativa neuromuscular en donde las personas van quedando progresivamente debilitadas hasta quedar en una parálisis completa, al punto de no poder comer, no poder hablar ni poder ejercer adecuadamente funciones como la función respiratoria, pueden llegar a un momento donde hacen un síndrome, que es un síndrome de enclaustramiento, que consiste en que la persona piensa, siente, escucha, ve, pero no puede expresar su pensamiento, solo lo puede hacer con los movimientos oculares, señalando las letras sea en un tablero, sea en un computador.

Esto es un síndrome de enclaustramiento y llegados algunos años pueden inclusive perder la capacidad de mover los ojos, por supuesto, se imaginarán, yo veo en estas personas desde hace 19 años el sufrimiento que presentan las personas que describen las personas con esta enfermedad es inmenso, no todas las personas tienen la misma vivencia de la enfermedad, hay personas que tienen una resiliencia hasta cierto punto y sobrellevan la enfermedad y la enfermedad hace parte de la vida, pero en la vida, sin embargo, no todas las estrategias emocionales, culturales, anímicas son iguales en cada persona, y cerca del 20% de las personas con esta enfermedad aquí en Colombia como en otras partes del mundo solicitan adelantar su momento de muerte, anticipar su momento de morir de forma asistida medicamente.

Ellos no tienen opción de no morir, el 70% de las personas mueren a los 4 años de haber iniciado la enfermedad y mueren de un paro respiratorio, la gran mayoría de veces no mueren de una forma angustiada, sí un porcentaje, pero sobre todo es el sufrimiento que les genera la dependencia y por eso dicen: –igual voy a morir con la enfermedad, quiero adelantar el momento de la enfermedad–, y es por eso que en 19 años he tenido que escuchar esta solicitud a varias personas y particularmente una de ellas me hablaba de: –lo que yo necesito de usted es solidaridad, es que me entiendan, es que sea su habilidad conmigo–.

Los principios liberales de la Revolución Francesa: igualdad, libertad y la solidaridad es la que más se nos ha olvidado en los últimos 200 años, y llamo a las personas que tienen la posibilidad de decidir, de reglamentar a que se piense en la solidaridad hacia el otro, no se piense en a sí mismos, sino hacia el otro, el otro que tiene la realidad, pero también piénsese cuando ustedes piden la solidaridad de los otros, sean trabajadores de salud o no sea su misma familia, sean sus amigos.

El sufrimiento no es fácil de definir, a mí nadie me puede definir que sufren para mí y yo como médico tampoco puedo decir, como neuróloga que entienda el cerebro y entiendo el sufrimiento del otro, sé que es sufrimiento y que no es sufrimiento, yo no lo puedo decir, porque es una función cognitiva de cada uno de los individuos y es una definición individual que nos trae conflictos filosóficos y ciertos conflictos sociales, porque como sociedad de consumo en este momento rechazamos tanto la discapacidad y no nos aceptamos, no nos aceptamos envejecer, no nos aceptamos con discapacidad y eso genera sufrimiento, podríamos reevaluar también esos principios.

Como médica, me siento en un momento histórico en donde los paradigmas se van modificando, en donde la postura hegemónica, en donde los médicos son los que toman las decisiones, son los que interpretan, esto viene a cambiar, los médicos cada vez somos menos empoderados en unas decisiones verticales en donde el otro solo acepta mi diagnóstico y acepta mi planteamiento terapéutico, cada vez las

relaciones de poder son más horizontales, en donde yo como médica, como neuróloga soy más una cuidadora, hago parte del equipo de cuidado, respeto al otro en su individualidad, si el otro sabiendo que va a llegar un síndrome de enclaustramiento, quiere que ser intubado, hacerse una traqueostomía y quedar vivo totalmente paralizado el resto de 10, 20 años de su vida, lo debo aceptar, entender y ayudarlo, porque eso es su posición, porque yo soy una cuidadora más con un marco científico, teórico y de estudio muy importante, pero no tengo porque antepoñerme ante él y creer que debe hacer.

Igualmente, si la persona dice –yo no quiero ir hasta unos niveles de dependencia que generen también sufrimiento en mi familia, quiero morir antes– no veo por qué yo como médica debo antepoñer mis valores, soy una cuidadora más que desde la ciencia le digo –estos son los riesgos, estos son los beneficios, estas son las opciones–, pero mi obligación es acompañar y ser solidaria, no ser una barrera para ellos.

De tal forma, la medicina y nuestro ejercicio médico también está cambiando la forma como nos vemos, y ustedes, todos nosotros como pacientes, como personas que vamos a envejecer, que vamos a tener dependencia también tenemos más autonomía, más necesidad de tomar decisiones de forma informada, transmitirla a nuestra familia y ojalá que se nos respete. Nuevamente, gracias a todos ustedes por este espacio.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Julio César Ramírez Castellanos,

Director General del Hospital Universitario San Ignacio:

Muy buenos días, Senador de la Calle, Senador Luna, Senadora López Obregón, un gusto volverla a ver, no nos vemos desde la Alcaldía de Bogotá. Voy a ser muy concreto, he entregado un documento de cuatro páginas a la Secretaría de la Comisión con los puntos, ofrecemos desde ya el apoyo de nuestro servicio de ética clínica y de todo el equipo y en especial del cuidado paliativo pediátrico, que considero que es el punto más crítico de esta norma, para que puedan compartir con personas que ven esta realidad todos los días y de manera repetida, que es importante.

La pregunta, aquí no venimos a pensar o discutir si hay o no eutanasia en Colombia, la eutanasia ya es una realidad, ya los pacientes la están recibiendo, los que la solicitan con algunas barreras que pueden ser mayores o menores, de acuerdo a la institución, de acuerdo al país e incluso la EPS. Entonces, uno se preguntaría por qué una ley estatutaria, cierto, si es algo que ya está funcionando, y creo que es muy importante por dos razones, al ser una ley que reglamenta derechos fundamentales que en este caso son vida y autonomía o dignidad y tener ese examen previo constitucional es un instrumento jurídico cierto, que va a hacer que muchas de las discusiones que hemos oído hoy no sean necesarias, porque tenemos un concepto del legislativo que es quien debe hacer las leyes, con previa revisión de

quien revisa las leyes, y es un cuerpo muy sólido que nos va a ayudar a trasegar en mejor forma por este difícil tema.

Un tema en que sí quiero hacer énfasis, Senadores, y por favor atiéndanlo, es que no basta como está en el artículo 58 y 59 con despenalizar el homicidio por piedad, cometido por el médico en esta descripción, hay que destipificar la conducta, con el Senador, perdón con el Magistrado Carlos Gaviria, después de que salió, nosotros tuvimos una reunión en derecho a morir dignamente y le dije –mire, aquí hay una falla, porque el médico que hace eso no está cometiendo un delito, está siguiendo un mandato a solicitud de un paciente en ejercicio de su ética y su dignidad, por tanto, no puede decir que cometió el delito, sí, pero que no será penalizado por ser médico, por dios, así está escrito, no, debe quedar destipificado, se modifica el Código Penal de manera que, y ahí está el texto que estamos proponiendo, que es destipificar como delito la conducta y no solo la despenalización.

Y eso resuelve el problema ético, doctor, porque el Código de procedimiento de la Ley 23 del 81, la Ley de ética médica dice que lo que no está contemplado en el Código, que va a ser difícil que reformemos nosotros los médicos y volverlo a traer el Senado, dice que se regirá por lo que esté escrito y lo establecido en el Código Penal y en el Código de Procedimiento Penal, entonces ahí resolvemos dos temas que es la no tipificación del delito y, segundo, cómo se procederían los comités de ética médica para manejar la situación.

De acuerdo en todo con el doctor Luque, lo que pasa es que los que manejamos esto en la realidad del día a día, por puro ejercicio terminamos muy de acuerdo en cómo administramos mejor la realidad para darle a Colombia a ese país digno, pluricultural, respetuoso de la diferencia que necesitamos todos para convivir en paz. Qué me ha mostrado la experiencia, que lo que hace que esto funcione, y por ejemplo en Bogotá está funcionando, es el hecho de que haya una red, alguien hace, el otro, hacemos los comités, claro, y los tenemos la asistencia del paciente, el comité sí no lo podemos excluir, pero ya la práctica en sí, que es un tema complejo, desde lo ético médico, nosotros consideramos que no debe ser obligatorio, sino que la red de servicios que atiende el paciente debe asegurar ese servicio completo, eso lo hemos hecho y está funcionando.

Y es que es un tema muy difícil y se los voy a explicar de una manera quizás un poco jocosa, pero que es real, la reforma del Código Penal del año 2000 hizo desaparecer el delito de bigamia, entonces, la pregunta es acaso porque la bigamia ya no es delito ahora es obligatoria. Entonces, no podemos convertir todo lo que se despenaliza o se destipifica como delito en obligación, así sea para un grupo, como sería el grupo de los médicos, sabiendo que hay médicos cuya ética e instituciones, cuya ética y cuyos principios y valores hacen el procedimiento sin tener problemas, de hecho, en Bogotá ya lo estamos haciendo.

Entonces, la segunda consideración es un llamado al pluralismo y a ese respeto de que no todo lo que un día es delito, al otro día se vuelve obligatorio, les invito a que, por favor, quiten la obligatoriedad, pero que la obligatoriedad quede para la red que le brinda atención a ese paciente, llámese red integrada, llámese EPS, bueno, ahorita no sabemos al final cómo nos vamos a llamar, pero la realidad es que se trabajan redes y que hay instituciones que las quieren, lo hacen, lo saben hacer y lo hacen muy bien, sí, y que tengamos ese espacio para poder todos trabajar mejor.

Sobre lo de pediatría, ahí tenemos la consignación que hizo nuestro grupo de cuidados paliativos pediátricos, que ese sí es un tema que vamos a tener, les invito a que revisen mucho detalle, porque el tema de la pediatría tiene unas concepciones muy especiales, estoy de acuerdo con la postura que la nuestra tiene un poquito más concretos las edades, el concepto de muerte y lo que tiene que ver con eso y definitivamente es un tema muy complejo, que no es tan fácil de abordar como el tema de adultos, en los cuales ya tenemos experiencia, incluso el solo registro eutanásico del Ministerio ya nos puede mostrar.

Y el último mensaje de énfasis, los demás están ahí, incluso algunos del texto y ortografía, es que pensemos en no tanto registro, no tanto informe, miren, en la pandemia los que poníamos vacunas teníamos que llenar 86 datos de la persona a la que vacunábamos, por Dios, las cosas hay que hacerlas bien, bien hechas con los seres humanos, de manera digna y adecuada, sin estar interrumpiendo esa relación médico-paciente, con un montón de datos que a la hora de la verdad no prueban nada, cuatro o cinco datos y las actas que sí deben quedar de los comités y las notas clínicas de lo que se hace, creo que debe estar.

Entonces, creo ustedes dicen, dirán –el tipo desconoce cómo funcionan las leyes–, sí, yo sé que eso es reglamentario y debería ser del Ministerio, pero le tengo un susto a los colegas del Ministerio pidiendo cosas que preferiría que la ley dijera –basta al registro eutanásico con pum, pum, pum–, lo demás se sustentará en la historia clínica y en las actas del comité de eutanasia. Esa era mi intervención, muchas gracias a todas y todos por la oportunidad de ser escuchado.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Carolina Restrepo Múnera, Docente Coordinadora del Observatorio de Derecho Constitucional de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín:

Bueno, muy buenos días. Procedo a realizar la lectura de mi intervención “*Yo soy quien decido hasta cuando el Estado debe proteger mi vida y cuándo puedo yo disponer de mi vida sin que el Estado interfiera*”, Carlos Gaviria Díaz.

Honorables Senadoras y Senadores, soy Carolina Restrepo Múnera, docente coordinadora del Observatorio de Derecho Constitucional de la

Universidad Autónoma Latinoamericana de la ciudad de Medellín. Me permito intervenir en la presente audiencia solicitándole al honorable Senado a la República la aprobación del presente proyecto de ley fundamentado en los siguientes tres postulados: primero, la necesidad de coherencia y unidad en el ordenamiento jurídico como sistema complejo, los postulados fundantes de nuestro Estado y nuestro ordenamiento jurídico de dignidad humana, orden justo y supremacía constitucional son suficientes para argumentar la pertinencia de que este Senado optimice el alcance de este proyecto de ley y ordene la coherencia del sistema jurídico con el precedente constitucional colombiano.

Bajo un Estado constitucional exitoso, se requiere una articulación adecuada de los contenidos normativos con la norma fundante que lo soporta y con las decisiones del tribunal constitucional que ha tenido que tomar en sede judicial ante la ausencia del marco legislativo. En el presente caso se solicita al honorable Senado que la jurisprudencia constitucional sobre el objeto del proyecto de ley no sea argumento de peso suficiente para aminorar la deuda legislativa, se requiere la garantía constitucional ordinaria, la labor encomendada por el Constituyente primario a este escenario de control político, cuya tarea esencial es manifestar las necesidades, voluntades y reclamos de personas que representan por medio de configuración de las leyes.

Con ello, el logro de la efectividad del ordenamiento jurídico, porque si no se pierde la seguridad jurídica y con ella la confianza en las instituciones y en el ordenamiento jurídico mismo. Recordando que el artículo 243 de la Constitución establece que las sentencias que profiere la Corte tendrán valor de cosa juzgada constitucional y son de obligatorio cumplimiento por autoridades y particulares, ello se reitera de manera respetuosa en este escenario temático ante la evidente necesidad de pronunciamiento que desde el comienzo la Corte hasta nuestros días, ha tenido que tomar frente al ejercicio del control difuso y abstracto de constitucionalidad, en el que se ha exhortado en siete ocasiones a este Congreso, como competente auténtico idóneo para la elaboración del marco legislativo ausente, ojo, ante ya 32 años de nuestra Carta Política.

El presente judicial bajo un modelo de Estado constitucional reconoce la labor intérprete la Constitución, por parte de la Constitución a la Corte, labor que debe ser valorada y acogida por todos los operadores jurídicos, incluyendo el Congreso, por la sociedad y en general al llegar de nuevo una propuesta para legislar sobre el derecho fundamental a la muerte digna, este escenario da cuenta de una distancia cotidiana y práctica que habita la realidad de su aplicación y consecuencias negativas que se generan, es importante recordar, honorables Senadores y Senadoras, que van hasta el momento 18 propuestas previas a este escenario que discutimos.

La tarea del representante político de la población colombiana, como lo es el Congreso, es la que se presenta en este caso, una oportunidad para ejercer la defensa constitucional, el respeto de la dignidad humana y el deber de solidaridad al materializar la obligatoriedad del precedente y con ello en la práctica en la materialización de los efectos *erga omnes* de las Sentencias C-233 de 2021 y los precedentes anteriores mediante el trámite y la aprobación del presente proyecto de ley estatutaria. La supremacía constitucional está en sus manos, desde un control político y legislativo, que en la práctica no se ha logrado y está generando barreras de acceso, es necesario superar esas barreras de acceso para materializar el plan de vida de la dignidad, en este caso, de la muerte digna bajo la muerte medicamente asistida y con ello la no necesidad de acudir a la administración de justicia y con ello la materialización de la seguridad jurídica.

Segundo punto, el derecho de acceso a la información y el derecho de acceso a la participación en relación con el derecho a morir dignamente, el derecho de acceso a la información y el derecho de acceso a la participación son derechos humanos reconocidos por la Carta, en relación con el bloque de constitucionalidad y un amplio contenido normativo interno, es un asunto de la esfera privada que requiere la garantía de la esfera pública, los derechos de acceso aquí nombrados en forma efectiva logran la superación de barreras de acceso al derecho a morir dignamente.

Es necesaria una labor seria y verificable de una pedagogía que reconozca y respete el derecho a morir dignamente con información sobre este derecho, que dicha información sea pública y publicitada a nivel nacional, regional y local, con ello se lograría una mayor participación de una ciudadanía informada en la práctica de este derecho cuando fuera el caso y al garantizarse el derecho a la muerte digna mediante la modalidad de muerte medicamente asistida, posiblemente se dé una reducción de casos de este tipo ante la administración de justicia, en este sentido contrario se seguirían presentando confrontaciones que serán resueltas en sede de tutela.

La información y la participación frente al derecho a morir dignamente amplía la esfera de garantía que se reconoce a los sujetos humanos, por ello, las acciones positivas resultan tan necesarias para completar estos reconocimientos, adecuar la norma de acuerdo al presente constitucional sobre el derecho fundamental a la muerte digna y la modalidad de muerte medicamente asistida y diseñar e implementar un programa pedagógico para el personal médico y de salud operativo y para la ciudadanía en general sobre el derecho a morir dignamente, se recomienda frente al proyecto de ley una mayor pedagogía para la población en general y no solo para condiciones poblacionales especiales en relación con una afectación de la salud.

Y tercero, el derecho a una muerte digna, la dignidad humana como principio fundamental en el marco de un Estado social de derecho en el artículo

1° la libre determinación de la personalidad, en el artículo 16 de la Constitución constituyen entre otros principios constitucionales que irradian el todo el ordenamiento jurídico colombiano, cuyos valores esenciales no se circunscriben únicamente el ejercicio de tales prerrogativas por parte de los asociados, sino también se predicen de la obligatoriedad que le asiste principalmente a su Estado en los organismos y entidades públicas, tanto de carácter administrativo como judicial, la estricta y debida sujeción y observancia de tales presupuestos y además garantizar la efectiva y real concreción de estos.

De manera que la principalística constitucional marcará la ruta la hoja de ruta en cuanto a garantía y eficaz cumplimiento de cuestiones públicas orientadas siempre a la conservación incólume de la dignidad humana, ahora bien, tanto la dignidad como la vida en condiciones dignas encuentran menoscabo en la medida de su efectivo disfrute y goce cuando se truncan con las ausencias legislativas, las decisiones infundadas y algunas circunstancias desproporcionadas en cuanto no confluyen con la idea que respecto de la vida, en condiciones dignas, considera el individuo.

La correspondencia social y humana que nos atribuye la materialización de un Estado social de derecho reflejado en un Estado constitucional que concentra su deber en la supremacía constitucional nos reclama el alcance de una Constitución viva, en ella la corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad es interdependiente, así como entre las personas, especialmente y cuando dicha corresponsabilidad busca garantizar la dignidad humana, entendiéndola como ese plan de vida que la Corte ha reconocido desde distintas esferas de protección, vivir bien, vivir como quiera, vivir sin humillaciones, reconocidos en la Sentencia T-889 de 2002, no se manifestarían esos postulados de la dignidad humana de manera perfecta al crear la norma y pendiente para desarrollar el derecho fundamental a morir con dignidad, especialmente la modalidad médicamente asistida, cuestionamiento que surge al estudiar el presente proyecto de ley estatutaria, las distintas decisiones judiciales que a lo largo de 30 años ya se han generado y las adecuaciones tibias e incompletas que a los operadores jurídicos derivados de órdenes judiciales les ha tocado elaborar.

Aquí se pretende intervenir desde el ejercicio de control social como forma de control constitucional, reconociendo que la ciudadanía, como poder soberano, determinante para la creación de la Carta Política de 1991, fue fruto de la voluntad general y de la deliberación, en su contexto novedosa incipiente que se atrevió a cambiar la historia constitucional de los siglos XIX y XX en Colombia, marcada terriblemente por influjo formalista, conservador y religioso, por qué no pensar en la mejora del sistema de salud, por qué no pensar en las implicaciones de un servicio de salud de calidad y humano, el sistema de salud fundamentado en el principio de solidaridad exige la prolongación del paciente y su

vida mediante tratamientos, así se compruebe la mejora futura, no es la misión del sistema de salud la cura al sufrimiento como garantía de dignidad, todo ello también se reflexiona desde el otro alcance de la dignidad humana, desde el enunciado normativo como principio, valor y derecho constitucional. Sea esta una posibilidad de materializar dicho alcance de la dignidad humana.

Es así que en cuanto al derecho fundamental a una muerte digna, que bajo los precisos y estrictos escenarios que para ellos se han fijado, que no había el Congreso de la República legislado al respecto, se ha ocupado la Corte y de ello bajo el marco jurisprudencial que en relación a circunstancias fácticas han acaecido en torno al derecho fundamental a la muerte digna, se han tratado de adherir instituciones de carácter público y privado que prestan servicios de salud, a fin de que la protección y garantías fundamentales sean reales y efectivos, que si bien han sido importantes y necesarios, son incompletos e inacabados para materializar una vida digna.

Expuestas las consideraciones y argumentos anteriores, conviene en últimas más que referir una plausible y abierta contradicción a los mandatos constitucionales ante la ausencia de un mandato desarrollo legislativo necesario en cuanto al derecho fundamental a una muerte digna la vida, la debida armonía y observancia de los principios fundamentales a la vida en condiciones dignas, dignidad humana, libre desarrollo de la personalidad, que viéndose sometida a la persona a un sufrimiento supeditado, pueda estarse ante una transgresión más al texto superior, esto es el sometimiento de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes de la persona, cuál no es la esencia del amparo de la vida en condiciones dignas, ni dignidad humana que imprimiese el Constituyente en los artículos 1º, 2º y 16 superiores, tiene pues este honorable Senado de la República...

...Sí, ya voy a acabar, doctor, tiene pues este honorable Senado de la República una oportunidad importante para la garantía de los derechos y principios constitucionales, con importantes consecuencias para la supremacía constitucional, además de cumplir de manera efectiva con su labor de representación de la sociedad, reflejada en la materialización de leyes que resulten necesarias. *“Tan legítimo es el derecho a la vida, como renunciar a ejercerlo”*, Carlos Gaviria Díaz. Muchas gracias, doctor De la Calle, por su labor.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra a la ciudadana Paula Andrea Gómez Henao, Anestesióloga Cardiovascular, Estudiante del Doctorado en Bioética de la Universidad del Bosque y Coordinadora del Grupo de Atención al Paciente con Cáncer (GAICA), Instituto Nacional de Cancerología:

Buenos días para todos. Gracias por el espacio. Gracias por la presentación, doctor. Vengo del Instituto Nacional de Cancerología a darles una visión diferente de la muerte digna desde el paciente

oncológico y desde el grupo de atención inmediata del paciente con cáncer, que son las urgencias, únicas urgencias oncológicas que tiene nuestro país, donde confluye la lucha por la vida y por el tiempo, y por la calidad de tiempo y lo ve uno en todas las esferas sociales, cómo llegan al Instituto en busca de eso, donde veo dolor todos los días, donde veo búsqueda de calidad y de tiempo y donde hay sufrimiento, y donde cada vez es más evidente la solicitud, el acceso al goce del derecho fundamental a la muerte digna, basado como tal en la dignidad de ese ser humano.

A pesar de que el Instituto tiene un muy buen servicio de cuidado paliativo y todos nuestros pacientes acceden al servicio de cuidado paliativo, lo que uno en el tiempo ve es que no es ni siquiera el palear los síntomas como el dolor, la disnea, el *disconfort* que produce la enfermedad *per se* y su evolución, sino exactamente es en lo que está basado este derecho fundamental de la muerte digna, es la pérdida de la dignidad como ser humano, es la pérdida de autonomía, es la pérdida de individualidad, que esa persona que sufre ese cáncer que está en un estadio avanzado de pronto ya no tolera percibir una vida diferente o ha perdido la dignidad en eso.

Puedo contarles también que yo soy muchas veces quien realiza el procedimiento, acompaño a las familias, cada vez veo mayor solicitud, como le dije al principio, de ese goce, de ese derecho, y les puedo decir, como expresó nuestra compañera, que las familias generalmente son agradecidas, es un acto de amor, que yo les podría describir como el acto de amor más grande, y se lo digo así, cuando entro a la habitación del paciente y está en compañía de las personas que él escoge, que él quiere, muchas veces ante un estigma social, muchas veces ese paciente ni siquiera abre los ojos por esa decisión que tomó y lo que representa moralmente, políticamente, religiosamente, que para él es duro, pero pues que esa familia lo acompaña en la toma de esa decisión y, por supuesto, el Instituto está ahí para acompañarlos y garantizarles ese goce efectivo al derecho a la muerte digna.

Porque cuando hablamos de muerte, todos nos asustamos, y creo que todos como seres humanos quisiéramos tener una muerte una buena muerte y que nuestros familiares o cercanos así la tuvieran.

Encuentro un punto importante en la parte de la descripción el comité técnico científico, lo he expresado en varios escenarios, la muerte digna es un derecho fundamental tal y como lo dice la Constitución, entonces, creo que ese comité se debe mantener técnico y lo que muchas veces percibo es que no se queda técnico como verificación de un cumplimiento, un checklist de unas cosas, que es si yo estoy en mis cinco facultades, si la patología es grave e incurable, si accedí o no al cuidado paliativo, etcétera, sino que muchas veces es el aval moral de tres sujetos diferentes a la persona que está solicitando ese derecho, que todos por ser colombianos tenemos y que moralmente nadie nos debe estar cuestionando si sí o no podemos acceder

diferente a lo que dice la norma de mirar o chequear o verificar esa parte técnica.

Encuentro también, doctor Viceministro, una de las barreras más importantes, el Instituto recibe, usted sabe, casi toda la población colombiana, mucha gente no tiene acceso al cuidado paliativo, eso es una barrera antes de poder llegar a una decisión de estas cuando los pacientes vienen de otras entidades, de otros territorios, de otros departamentos, el no tener garantizado ese acceso a ese cuidado paliativo de pronto hace tomar erróneamente una decisión que puede ser intervenida o puede pararse en un momento determinado y eso creo que es muy importante.

Lo mismo, otra barrera que encuentro son las voluntades anticipadas y el poco conocimiento que tenemos, inclusive los médicos, de qué son las voluntades anticipadas y ante este proyecto que tenemos y ante ya el derecho constitucional a la muerte digna entre los parámetros que está establecida, creo que debemos empezar a hablar de voluntades anticipadas en todos los escenarios y yo lo hablo del mío, que es el paciente oncológico, contarle qué es eso, contarle qué le espera, contarle qué posibilidades tiene, porque muchas veces cuando el paciente quiere acceder está ya en una condición que de pronto inevitablemente el comité le dirá que no y no había una voluntad anticipada.

Y por último, quiero poner en la mesa, en el debate, que el paciente oncológico, y más el que llega al Instituto, es diferente al paciente oncológico que llega pronto a otras entidades, los tiempos que pone ese comité muchísimas veces lo he visto a diario, para ese paciente oncológico la enfermedad avanzada son exagerados y muchas veces el paciente en esa espera del comité y de todo lo que tienen que esperar el consentimiento y la cantidad de cosas que tiene que seguir, hace que esos pacientes se mueran en dolor que lo que quieren evitar, humillados, con su mal olor, con lo que sea, con lo que sea que suplican les esté causando, con síntomas que ya no se pueden paliar, porque no alcanzaron a acceder al derecho fundamental. Muchas gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Juan Guillermo Ortiz Martínez, Médico, Universidad del Bosque, Especialista en Ortopedia y Traumatología Hospital San José y Especialista en Bioética de la Universidad de la Sabana:

Bueno, muchas gracias. Entonces, voy a tratar de utilizar el tiempo de la mejor manera posible, cuando me pasaron el proyecto de ley para evaluarlo, no sabía qué título ponerle a esto y quería decirlo de esta manera: la eutanasia no es un acto médico, creo que se desdibuja en las introducciones y en los preliminares del proyecto sobre qué es la eutanasia y voy a tratar de mostrarlo rápidamente.

Desde el punto de vista bioético tenemos que mirar que, como algún abogado de los que habló hace un rato decía que es que la bioética no permite, sí permite, no, yo creo que el principio que nos debe unir es la persona humana en el centro de cualquier

diferenciación, de cualquier distinción y de cualquier equilibrio, por eso me parece a mí fundamental que se tenga en cuenta que –si quiere pasemos la siguiente, es que no lo estoy manejando yo acá, pasamos la siguiente, esa es– la persona humana está en el centro de toda discusión y por eso no podemos quedarnos discutiendo solamente si nos interesa un principio u otro principio que no es político, sino bioético, así cómo lo mencionó el Ministerio de Salud y hace un rato el doctor Castellano.

Sigamos a la siguiente. Leonardo Polo dice que uno debe tener un equilibrio entre las normas y los bienes y las virtudes, yo sí le pido a quienes están desarrollando ese proyecto de ley evalúen el equilibrio entre la normatividad, los bienes y las virtudes, porque no podemos atropellar a quienes estén de un lado o del otro de la cortina a través de o solamente un tema virtuoso, o solo un tema de bienes o solo un tema de normas, porque si nos quedamos a lo jurídico, lo jurídico no siempre lo jurídico es ético. Sigamos a la siguiente, la siguiente, gracias.

Y en esta lo que quiero decir es que se nos ha oscurecido un poquito la discusión frente a este tema y yo no estoy hablando de derechos constitucionales como tal, está hablando de los temas éticos y de realidad de los pacientes, entonces, resulta que hemos perdido el concepto de vida en algunos casos, anticipando la muerte que parece una alternativa mejor y escuchamos aquí a varios que han mencionado que si estamos en un municipio alejado de Colombia y no tenemos recursos, entonces hay que ver cómo le damos la eutanasia a esos pacientes. Creo que eso es un error mencionarlo de esa manera, todos los colombianos deben tener el acceso al sistema de salud con los mejores requerimientos en cualquier punto de la geografía colombiana y no por estar en el sitio más alejado tendremos que mejorar la eutanasia en esos sitios.

Siguiente, la Asociación Médica Mundial, esta es la reunión del 2019 que se realizó en Georgia, donde se dice que la Asociación Médica Mundial que es la que conglo mer a los médicos a nivel mundial no está de acuerdo con la eutanasia y no tienen por qué obligar ni a los médicos a practicarla, ni tienen por qué obligar a los a los pacientes a que no se les practique, es decir, respetando el derecho de los pacientes se debe buscar unas alternativas, donde estas decisiones libres, constitucionales, etcétera, las pueden realizar. Siguiente.

En el estudio de la historia de la eutanasia, en el año 1939, 1937, 38 y 39 se aplicó el Aktion T4 en la República de Alemania en el nacionalsocialismo y esto fue antecitos de empezar la Segunda Guerra Mundial, o sea, aquí no estaban metidos los judíos, ni los campos de concentración. Donde el Aktion T4 lo que permitió en esta foto, lo que ustedes ven es la aprobación del Senado de ese momento de Alemania, donde permitía que la eutanasia sustituyera el consentimiento, que alguien también dijo aquí hace algún rato que cuál era la discusión de que sustituyera el consentimiento, claro que sí, lo asume un Estado, no lo vamos a juzgar, bueno, malo

o regular, en ese momento consideraban que eso era lo que debían hacer, despenalizaron el suicidio asistido, despenalizaron la eutanasia. Siguiendo. Y lo que resultó con eso fue más o menos 250.000 alemanes, ciudadanos alemanes, no estoy hablando ni de judíos, ni de romaníes, ni de ningún tipo de población minoritaria a la que persiguieron ellos en la Segunda Guerra Mundial, como pacientes en situación de discapacidad o niños como los que ha mencionado esta ponencia, creo que hay que revisar con mucho cuidado los temas pediátricos, porque de todas maneras podemos tener equívocos muy grandes en eso.

Siguiendo. Esta realidad es que el contexto deontológico de los médicos es que nosotros no estamos formados para quitar la vida de los pacientes, no estamos formados para tomar decisiones contra la vida de los pacientes, por lo cual creemos que los médicos en la República de Colombia no pueden ser obligados por para tal fin, no solamente por razones religiosas, estoy diciéndolo, es por una razón ética, donde necesariamente a mí me va a gustar hacerlo, habrá quien lo haga, ya lo han manifestado quienes se sienten, digamos, contentos o conformes con hacerlo, pero eso es parte del pluralismo democrático de este país, sigamos.

La muerte médicamente asistida, como lo menciona este proyecto de ley, es entendida como un procedimiento médico por el cual el profesional induce la muerte de manera anticipada, y nosotros no estamos de acuerdo con eso, yo como médico creo que a nosotros no nos tienen por qué meter en este juego, es un juego constitucional, pero uno no estudia en una facultad de medicina 6 años o 7 años, más posgrados, más fellow para aplicar un medicamento, y quitarle la vida a un paciente, creo que aquí hay un concepto que está mal enfocado desde el punto de vista del proyecto, y creo que hay que tener el respeto por quien lo debe hacer, quién lo puede hacer y quién lo quiere hacer, ya lo mencionaron hace un momento el doctor Castellanos, ya se está haciendo el procedimiento aquí en Bogotá, ya lo están haciendo en instituciones que se han especializado en este proceso y creo que eso es válido entenderlo. Siguiendo.

Pero en ese orden de ideas, la antropología del suicidio asistido. Si quiere pongamos la siguiente que sale en un círculo rojo. En esta antropología del suicidio asistido, los médicos no somos sujetos pasivos, es decir, nos estamos quedando solamente en el sufrimiento que está teniendo el paciente, pero es que también hay sufrimiento de parte del grupo terapéutico, el que lo está tratando, el que está sacando adelante el cáncer, el que está sacando la enfermería, el que está mandando radioterapia, el que está manejando los problemas inmunológicos, etcétera, etcétera, entonces, yo creo que todos los médicos y el personal de salud también somos sujetos de derechos frente a esas decisiones judiciales, porque nos estamos quedando solamente en un lado de la cara de la moneda y estamos asumiendo que los médicos somos instrumentalizados para proceder a

aplicar una inyección letal, y creo que esa no es la idea. Siguiendo.

Esto es un estudio que se hizo en el año 2019, un estudio independiente donde se miró la diversidad en Colombia desde el punto de vista ideológico o religioso, etcétera, y mostró que el 80% de los colombianos tienen alguna visión trascendente, es decir, entre evangélicos, cristianos, católicos y otras religiones, donde el 80% piensan que hay una visión trascendente, esto tampoco se puede dejar de un lado, no podemos decir que como somos un Estado laico desconocemos que hay un montón de personas que sí consideran que su visión de la vida requiere un apoyo espiritual y más tarde lo voy a mencionar a través de los cuidados paliativos. Siguiendo.

No podemos caer en la medicina del deseo, porque con esto estamos dejándonos apretar o empujar por necesidad del entorno, en este caso, creo que hay unas razones legítimas desde algunos equipos, desde algunos grupos, pero no podemos caer en la medicina de deseo, donde terminamos ejerciendo presión indebida al cuerpo médico y ya voy a mencionar también un poquito porque el proyecto de ley da unas confusiones desde el punto de vista de definiciones frente al tema de lo que es la eutanasia. Siguiendo.

Esta gráfica, que no se ve muy bien, lo que está mostrando es cómo en Holanda en el año 2016, que es la última. Si quiere pasa la siguiente, que es un círculo rojo. Lo que está mostrando es cómo fue el crecimiento de la eutanasia en Holanda, y en Holanda el crecimiento de la eutanasia fue gigantesco, como pueden darse ustedes cuenta. Perfecto, gracias, ahí se ve mucho mejor. Fue un crecimiento donde el 4% de las muertes en Holanda en el año 2016 fue por eutanasia, donde estaba detrás de eso pacientes con cáncer, pacientes con enfermedades psiquiátricas, pacientes con demencias, pacientes con alteraciones asociadas afecciones de la edad y otras que no estaban clasificadas, generalmente los que hicieron las eutanasias fueron médicos familiares, le siguieron otro tipo de especialistas y al final aparecían un poco los geriatras.

Pero ¿por qué es importante esta gráfica que estoy mostrando acá?, porque es como si en el año 2020, para que ustedes sepan el 4% de las muertes en Colombia fue por Covid, en el año 2020 en Colombia, es como si pasáramos a tener que ahora el 4% de las muertes en Colombia no va a ser sino para eutanasia, eso es bastante complicado para nosotros. Siguiendo.

En los referentes que ustedes pusieron el proyecto de ley les faltó invitar a Theo Boer, que fue de los principales impulsores de la eutanasia en Holanda, quien después de ver los resultados de cómo se disparó la eutanasia, dijo: mire, estamos gravemente equivocados donde creímos que íbamos a buscar un derecho de morir dignamente, que es lo que ha tratado de manera permanente la Corte Constitucional de ayudar a un deber a morir y un deber a morir es que, para que ustedes lo averigüen, personas de ciertas ciudades, después de los 60 años

que viven en las zonas de los Países Bajos, prefieren cambiar de sitio de residencia porque temen que en un desmayo terminen en un proceso eutanásico después de que se desmayan en un supermercado.

En 2006, la muerte asistida se incrementó en un 180%, esperada por grupos de edad que era del 7%, entonces, digamos que este tema en los Países Bajos no solo nos pongamos en la moda constitucional de decir: oiga, estamos atrasados constitucionalmente, porque no tenemos aprobado como los Países Bajos, pero sí sería importante buscar a estos referentes y miren todos los errores que generaron a nivel de salud pública a nivel de los Países Bajos con la adición de la eutanasia. Siguiendo, por favor.

Bueno, los cuidados paliativos qué son, los cuidados relativos permiten enfrentar la eutanasia, y enfrentar la eutanasia es decidir enfrentar el sufrimiento de los pacientes de una manera firme, desarrollar una actitud compasiva, hacer acciones específicas, concretas, ayudar a los pacientes que no sufran y ustedes pueden hacer todos los estudios que ya están publicados a nivel mundial y algunos que se están haciendo en Colombia, donde unos grupos especiales y espectaculares de cuidados paliativos están buscando disminuir esa sensación de suicidio asistido o de eutanasia, porque sencillamente no son abandonados en su proceso de enfermar, entonces, no podemos determinar que el paciente que no tiene recursos, el paciente que no tiene suficientes ingresos, el paciente que tiene problemas de transporte, el paciente que están zonas alejadas de Colombia termine buscando la eutanasia, en lugar de tener derecho de cuidados paliativos. Siguiendo.

Si ustedes miran una infografía de cualquier proceso de cuidados paliativos, los cuidados paliativos no son el preámbulo de una eutanasia, y me da pena decirlo, pero los cuidados paliativos son un procedimiento, una subespecialidad médica muy reputada en los últimos años en el mundo, donde se dedican a cuidar el entorno de la realidad del paciente en enfermedades crónicas oncológicas o no oncológicas y el paciente puede tener un cuidado paliativo inicial, un cuidado al final de la vida y un cuidado terminal y ninguna de esas está dentro de su armamentario ofrecer la eutanasia. Siguiendo.

A manera de conclusiones y término, siguiendo, entonces el sustrato inevitable de la medicina es el sufrimiento, sufrimos con una gripa, sufrimos con una fractura o sufrimos con un cáncer, ninguna norma o ley puede acabar con el sufrimiento de los pacientes en nuestra realidad, digamos nacional, eso es imposible evitarlo, siguiendo. Por lo tanto, es subjetivo el sufrimiento, ahí nos pone una dificultad donde nos estamos metiendo en una relación médico-paciente, una relación terapéutica, donde el objetivo de esa relación terapéutica interdisciplinaria, interprofesional, es paliar, disminuir y controlar el sufrimiento, los síntomas reiterativos, los síntomas que hacen que el paciente sufra y su realidad es alrededor de eso, siguiendo.

Por lo cual, no estoy de acuerdo, como lo menciona el proyecto de ley, que los cuidados

paliativos, la adecuación o abandono del esfuerzo terapéutico terminen entonces en una muerte médicamente asistida, recuerden una cosa y sepan, no es ninguna novedad hablar de la adecuación o abandono del esfuerzo terapéutico, es una obligación de los grupos que están frente a los pacientes, es decir, siempre que tenemos pacientes frente a un paciente con una fractura de cadera, que tiene un problema de operabilidad en ese paciente, un paciente con una enfermedad avanzada oncológica, un paciente con la enfermedad inmunológica, en qué momento hacemos adecuación y abandono del esfuerzo terapéutico, dónde el paciente entra a hacer parte de los cuidados paliativos, qué le estamos dando de manejo espiritualidad, de manejo social, de medicamentos, de control de dolor, de control de síntomas refractarios, eso es lo que debemos hacer, pero no me digan a mí ahora que el proyecto de ley va a definir desde el Congreso de la República que la muerte médicamente asistida se volvió ahora una nueva modalidad dentro de un portafolio de elementos médicos dentro de un proceso de atención, siguiendo.

Por tanto, la eutanasia no es un acto médico, ni es ético, ni es moral desde esa perspectiva, no se debe obligar a médicos o IPS a asistir de manera estatutaria el suicidio asistido, porque estaríamos generando una confusión y un equívoco mayor donde yo sí debería permitir que la red de atención, que los aseguradoras, que las EPS, etcétera, que los modelos de atención que se instauren en Colombia permitan que la gente sí pueda acceder a alguno de estos procedimientos, pero ya no puedo obligar ni al médico ni una enfermera a que tomen desde el punto de vista constitucional hacer un procedimiento eutanásico, si desde el punto de vista médico, si desde el punto de vista cultural, si desde el punto de vista religioso, no están de acuerdo con eso, creo que hay instituciones, y ustedes han visto en muchos países se declara qué instituciones van a hacer eso y hay instituciones que se especializan en esos procedimientos sin vulnerar el derecho del personal sanitario en salud. Siguiendo.

Entonces, los cuidados paliativos adecuadamente implementados son una opción antropológica que ya está demostrada es eficaz y es una perspectiva cristiana, y por qué lo menciono, porque este es un país con una idea cristiana querámoslo o no lo queramos, da un apoyo psicosocial para el enfermo y le permite no convertirse en la antesala de la eutanasia, un paliativista en principio se forma es para que sus pacientes en el último de la vida, puede ser una enfermedad pulmonar obstructiva crónica o puede ser un cáncer de páncreas, siguiendo.

La pandemia nos ha debido obligar a ser más humanos mejores personas en defensa de la vida, pero a veces uno mira las noticias y parece que eso no fue así, por eso la muerte digna implica todo lo que está alrededor del final de la vida y no solamente asegurar una inyección letal, eso implica cómo cuidamos las familias, cómo lo asistimos espiritualmente, cómo les damos apoyo en transporte, cómo aseguramos el

uso adecuado de medicamentos sin restricciones, los analgésicos, etcétera etcétera, siguiente.

Y pongo esta diapositiva por esa que puse anteriormente donde el 80.2% de las personas en Colombia tiene una visión trascendente de la persona humana, entonces, no es un tema que sea religioso o no religioso, sino que es una constante, no estamos en Mongolia, no estamos en China, estamos en Colombia, eso implica que el proyecto de ley tiene que tener un componente, también el soporte espiritual de quienes están sufriendo el final de su vida, siguiente.

Y con esta frase termino: “si pierdes ese sentido sobrenatural de tu vida, tu caridad será filantropía, pureza decencia, tu mortificación simpleza y tu disciplina látigo y todas sus obras serán estériles”. Muchas gracias por la invitación, muy amables.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Boris Pinto, Universidad del Bosque:

Gracias, buenos días. Ante todo gracias por la posibilidad de participar en este necesario debate, quienes hemos trabajado en el campo de la bioética de la investigación en bioética, desde hace ya casi 15 años, reconocemos que hay unos progresos en este contexto, de esas discusiones, desde la Resolución número 1216, donde sin duda una resolución que reglamentó tras la Sentencia T-970 de 2014 la práctica de la alternancia en Colombia, no obstante, en esta Resolución se hacía un parangón, se hacía una analogía entre muerte digna y eutanasia, analogía que ha sido superada con la Resolución número 971 de 2021 y con la Sentencia C-233 de 2021, separando la noción del derecho a la muerte digna en tanto derecho, conjunto de valores y aspiraciones humanas de las prácticas concretas que se definen en la jurisprudencia y la Resolución número 229 de 2020, como un haz de facultades que permiten en un escenario, en un país con, en una sociedad con aspiraciones pluralistas, permiten la posibilidad de elegir dentro de distintas prácticas, distintos medios, para la consecución del fin, el fin es el derecho a la muerte digna, como parte también constitutiva de la vida digna y los medios como lo describe también el proyecto de ley, estamos hablando de los cuidados paliativos, estamos hablando de la muerte medicamente asistida en sus distintas modalidades, estamos hablando de la planificación anticipada de las decisiones en el final de la vida, el rechazo del tratamiento, etcétera.

En ese sentido, hay progresos frente al proyecto que se presenta, tengo tres aportes puntuales. El primero, reitero, en una sociedad con aspiraciones pluralistas se reconoce ese haz de facultades para acceder a la muerte digna, una de sus facultades, una de esas prácticas, es la práctica de la eutanasia, otra práctica es la práctica del suicidio medicamente asistido. En ese sentido, si bien buena parte de la comunidad médica estamos de acuerdo, la última declaración de la Asociación Médica Mundial no acepta la inclusión de la eutanasia como acto médico, esta declaración representa una parte de las opiniones en un contexto plural y democrático, no significa la

totalidad, esto significa que otros profesionales de la salud y otros ciudadanos consideran que sí existe esa posibilidad del acceso a la muerte digna mediante, bien sea la práctica de la eutanasia o del suicidio medicamente asistido.

En ese sentido, algunos consideramos que es necesario, por el contrario, avanzar en la caracterización de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido como actos médicos, entendido el acto médico si seguimos a la Ley 23 de 1981, el Código de ética médica en Colombia, como toda práctica derivada del conocimiento, las habilidades y las destrezas médicas, en tanto acto médico, este acto médico debe caracterizarse por su idoneidad, por su oportunidad, por su calidad y por su ajuste al *lex artis*, a las normas de excelencia de la práctica profesional.

En el protocolo técnico del Ministerio de Salud del año 2015 se especifica ese acto médico, se especifican los medicamentos, las secuencias, las dosis que se deben administrar en consonancia con la *lex artis* y lo que en otros contextos y otras jurisdicciones se recomienda, teniendo en cuenta lo que buscamos, precisamente la muerte digna y el no sufrimiento de pacientes durante esa práctica.

En ese sentido, la Sentencia C-164 del año 2022, del año anterior, despenalizó en Colombia la asistencia médica al suicidio, si es necesario progresar en tanto la caracterización del acto médico el suicidio medicamente asistido, tendremos que describir esa práctica suicidio medicamente asistido como un acto médico, eso implica deliberación, eso implica elementos técnicos y eso implica eutanasia, en tanto práctica tiene unas connotaciones y unos contextos distintos al suicidio medicamente asistido, algunas prestaciones específicas, no son equivalentes, no son lo mismo y es necesario ajustarlo a los requerimientos de idoneidad y del *lex artis* del acto médico.

En segundo lugar, el artículo o los artículos 42-44 y 42-45 de la Resolución número 229 de 2020 describen, por supuesto, el derecho que tiene una persona que no puede expresar su voluntad, que no tiene la capacidad para otorgar su consentimiento, de ser representado en lo que se conoce como consentimiento sustituto, otros prefieren hablar de por representación, siempre y cuando dicen estos dos artículos de Resolución número 229, esa toma de decisiones por representación se ajuste al mejor interés, es decir, al conjunto de derechos fundamentales de aquel que no puede expresar su consentimiento.

En ese sentido, sería interesante analizar cómo se articula ese consentimiento por representación en términos del mejor interés con el principio de “nada sobre nosotros sin contar con nosotros”, como lo describe la Ley 1996 de 2019 y que reconoce la capacidad legal para la toma de decisiones de personas que no tienen la capacidad para la toma de decisiones, se revoca las sentencias judiciales de interdicción y se crean mecanismos como los acuerdos de asistencia o de apoyo, también en

consonancia con el mismo principio que enuncia la Sentencia T-573 del año 2016, cómo se articula ese principio “*nada sobre nosotros sin contar con nosotros*” que tiene vigencia por ejemplo en el caso de la sentencia mencionada, en relación con la prohibición de procedimientos de esterilización quirúrgica y métodos definitivos de anticoncepción en personas que no pueden otorgar su consentimiento, cómo se articula ese principio con los dos artículos recientemente descritos y el consentimiento por sustitución presentado en el proyecto de ley.

Por último, en el último punto recordemos que tanto la Sentencia C-233 de 2021 como el presente proyecto de ley nos recuerdan que el derecho a la muerte digna está constituido por diversas dimensiones, por ejemplo, los cuidados paliativos, las prestaciones o los actos de acompañamiento médico al fin de la vida, dimensiones que no son excluyentes, dimensiones que no son secuenciales, estamos de acuerdo en que podríamos aceptar que un paciente rechace los cuidados paliativos, no a que se le imponga, a que se agoten todas las medidas paliativas para en ese contexto sí poder tomar su derecho a la muerte médicamente asistida.

Si bien estamos de acuerdo en el derecho a rechazar los cuidados paliativos como cualquier otra intervención médica que no se ajuste a la noción de vida digna expresada por el ciudadano, no obstante, cabe también anotar, como lo plantea también el proyecto de ley, que existen cuatro dimensiones relativas al derecho a la salud en Colombia: la dimensión de la aceptabilidad, la dimensión de la accesibilidad, la dimensión de la disponibilidad y la dimensión de la calidad.

Dimensiones relacionadas con la articulación de derechos humanos de primera generación, individuales, civiles y políticos, la órbita privada, y derechos de segunda generación económicos, sociales y culturales, relacionados con la garantía de condiciones materiales de bienestar para garantizar el despliegue del proyecto de vida de cada persona, en ese sentido estamos hablando de equidad.

En Colombia sí hemos tenido progresos en cuidados paliativos, contrario a lo que en algunos contextos se planteó, que la despenalización de la eutanasia desestimularía los cuidados paliativos, lo que se ha observado en las siete jurisdicciones en el mundo que han despenalizado la eutanasia es que en todos estos países han crecido los cuidados paliativos en los últimos años. Colombia, según el último atlas de cuidados paliativos global, está en la categoría 3B, sí hay progresos en cuidados paliativos en Colombia, pero de los siete países, el único que está en categoría 3B es Colombia, los otros seis países están en categoría 4B, eso significa que estamos rezagados en cuidados paliativos.

Y cuando los desagregamos por regiones, en Bogotá podemos tener instituciones con estadio con nivel 4B, mientras en el resto del país podemos tener a 0 miligramos per cápita de opioides, a qué vamos, a la equidad, si hablamos del derecho a la muerte digna y estamos de acuerdo en que la muerte digna

se articula y hace parte de un continuo con la vida digna, tendremos que hablar también de la garantía efectiva del acceso a la salud.

Por ejemplo, en salud mental se está discutiendo si se incluirán condiciones de salud mental dentro de la categoría de enfermedades graves incurables debidamente diagnosticadas, más allá de la controversia respecto a la refractariedad en salud mental, debemos aceptar que en oportunidad, accesibilidad, disponibilidad y calidad en salud mental no tenemos equidad en el país.

En ese sentido, si hablamos de acceso equitativo a la muerte médicamente asistida mediante eutanasia o suicidio asistido, de la misma manera y concomitantemente por cuanto lo uno se articula con lo otro, tenemos que hablar seriamente del acceso equitativo a cuidados paliativos de calidad en el país, gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Juan Pablo Moreno, estudiante Universidad de los Andes e Investigador Júnior (Desclab):

Hola, buenas tardes a todos. Bueno, como bien dijeron mi nombre es Juan Pablo Moreno, soy un estudiante de derecho de la Universidad de los Andes y actualmente trabajo como investigador júnior de la firma DescLAB. Es claro y cómo ya se ha mencionado en varias ocasiones de que desde la Sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional ya reconoce el derecho a la muerte médicamente asistida, desde esta sentencia se exhortó al Congreso de la República a legislar sobre este tema, y a pesar de que han pasado más de 25 años y muchos proyectos de ley, a día de hoy no hay uno que recuerde la muerte médicamente asistida.

La muerte médicamente asistida es muy importante en nuestro ordenamiento, porque asegura derechos fundamentales tales como la dignidad, la autonomía, la libertad, y precisamente el Congreso tiene que hacer sus máximos esfuerzos para protegerlos. Ahora bien, a pesar de que este derecho ya está establecido, es muy importante que el Congreso de la República lo regule, ¿para qué?, para que este mismo se pueda complejizar y se pueda completar con diferentes aspectos que a la fecha de hoy puede componer barreras de acceso para las personas que desean realizarse este procedimiento.

Ahora bien, también es importante tener en cuenta que hoy en día la muerte médicamente asistida cuenta con un gran apoyo ciudadano, según una encuesta hecha por Invamer en el 2021, más del 70% de la población aprueba la muerte de medicamentos asistida, ¿esto qué significa?, que siendo el Congreso de la República el que de mayor manera ha expresado la voluntad popular debe tener este tipo de hechos en cuenta.

Hoy los quiero invitar a votar a favor de este proyecto de ley, teniendo en cuenta que desarrolla la muerte médicamente asistida de manera completa integral y eficaz, este proyecto permite la protección del derecho a la muerte médicamente asistida y permite dar un activo cumplimiento de

aquellos derechos fundamentales que mencioné con anterioridad y muchos otros. Además, este es armónico con la Constitución y la jurisprudencia.

A continuación, me basaré en cinco puntos que son razones a favor para votar este proyecto y algunas aclaraciones frente algunas intervenciones que se han hecho con anterioridad. En primer lugar, es que a pesar de que este es un proyecto de muerte médicamente asistida, como bien se puede ver el articulado, también se incluyen los cuidados paliativos y precisamente su relación con la muerte médicamente asistida.

Este proyecto de ley me pareció muy bueno que resalte la importancia de los cuidados paliativos teniendo en cuenta que, como bien lo mencionaban otras intervenciones, son una parte integral del derecho a la muerte digna, claro está que es importante aclarar y como muy bien lo ha dicho la Corte en otras ocasiones, que los cuidados paliativos no son requerimiento para que se le practique la muerte médicamente asistida y pues estos en verdad son dos temas totalmente distintos y no es incompatible que una persona esté en cuidados paliativos y que se quiera practicar la muerte medicamente asistida, sino que son esferas del derecho a la muerte digna que no son necesarias la una y la otra, pero pues que sí tiene una relación importante.

En segundo lugar y respecto a un derecho que también es de mucha importancia en este contexto, como lo es el derecho a la objeción de conciencia, me parece muy importante que en este proyecto de ley se garantice el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de medicina que practican el procedimiento, precisamente porque esta es una manifestación de su autonomía, de sus creencias personales, de sus creencias religiosas y no se le está forzando a nadie a actuar en contra de su conciencia, claro está que esta objeción, pues como se menciona en el articulado, debe estar motivada y se debe hacer mediante un trámite especial para que no sea una barrera de acceso para las personas que quieran la muerte médicamente asistida.

Ahora bien, un punto que en anteriores intervenciones pues se vio que no estaba tan claro es que hoy en día la objeción de conciencia institucional está prohibida, ¿esto qué quiere decir?, que de acuerdo con lo que ha mencionado la Corte Constitucional y con lo que está hoy vigente en el ordenamiento jurídico, por el hecho de que las personas jurídicas, precisamente, no tengan conciencia, no tienen la manera de objetar conciencia, ¿esto qué quiere decir?, que, y como bien lo menciona en el articulado, que las IPS no están en la capacidad de como tal institucionalmente declararse objetores de conciencia.

Por último, respecto a este punto, me parece también muy importante que este proyecto de ley, y algo que hoy en día es una barrera de acceso muy grande, es que permite que no pueden hacer objeción de conciencia las personas encargadas de realizar simples trámites. Considero que no tiene ningún componente que se pueda objetar conciencia,

simplemente hacer actos administrativos, dentro de los trámites de la muerte médicamente asistida y en cambio sí puede ser una barrera muy grande para acceder a este derecho.

En tercer lugar, pues también vale aclarar que son las clínicas las que hacen el comité, son las que deben hacer el procedimiento para que los pacientes no tengan que ser trasladados de un lugar a otro, esto es una barrera de acceso muy grande y pues puede limitar el acceso a este derecho y que puede hacer que transcurre un tiempo muy grande, que en este caso y este tipo de pacientes, pues es muy relevante.

Entonces, actualmente las clínicas están en la obligación de llevar a cabo, de hacer los comités, sin embargo, no necesariamente son esas clínicas las que prestan el servicio y pues como ya lo mencioné anteriormente, esto es una gran barrera. Además, las clínicas pues prestan un servicio público y garantizan derechos que tienen la obligación como tal de realizar el procedimiento.

En cuarto lugar, me parece útil que también se incluyan obligaciones de formación médica, teniendo en cuenta que el derecho a morir dignamente y como bien lo ha mencionado otras intervenciones, es un derecho que dentro de la comunidad y dentro de las prestadoras no se tiene la suficiente información, me parece que esto es de mucha importancia, porque uno puede mejorar la prestación del servicio y, segundo, puede generar cambios culturales y sociales dentro de las instituciones y entre los médicos, que permitan que sea mucho más fácil que se practique el procedimiento de muerte medicamentosa asistida y que en general los pacientes puedan sentir mejor y más acompañados y no se sienta juzgados dentro del proceso.

Y finalmente, me parece también muy importante que actualmente según las últimas resoluciones del Ministerio de Salud, no necesariamente es un punto que se tiene en cuenta y que en cambio es muy importante, es que ya se superó el requerimiento de la enfermedad terminal, esto precisamente se realizó en sentencias tales como la C-233 de 2021, en el que se mencionó que ya las personas no tienen que acreditar que tienen una enfermedad terminal, sino que se pueden practicar este procedimiento si tienen una enfermedad grave y curable. Y esto me parece muy importante y me parece muy bien que en el proyecto se mencione, porque precisamente permite que las personas no tengan que estar en un estado de salud completamente deteriorado, que haya un pronóstico fatal para tomar decisiones autónomas sobre el final de su vida.

Entonces, estas son algunas de las razones por las que yo creo que es importante aprobar este proyecto de ley y por las que en general me parece muy importante el desarrollo de la muerte medicamentosa asistida en Colombia, gracias.

La Presidencia ofrece el uso de la palabra al ciudadano Julián Hoyos, Director Ejecutivo de la Fundación Conciudadanos:

Muchas gracias, Senador David Luna, quien preside esta audiencia. Yo simplemente quiero

presentarles a ustedes, de manera muy directa y con mucho respeto también, pero de manera sencilla, tres objeciones a este proyecto de ley, tres objeciones muy simples.

La primera es que es injusto asesinar a alguien que lo solicita, esa es la primera quizás una objeción en principio, digamos, una objeción ética, es injusto asesinar a alguien que lo solicita, el fundamento de esto es muy sencillo y está en la Declaración de los Derechos Humanos del 48, dice que la dignidad humana es intrínseca, lo que eso significa es que la dignidad no es algo de lo que yo puedo disponer o desprenderme como un adorno, sino que es algo irrenunciable, de ahí que, por ejemplo, si una persona consciente voluntariamente que la torturen eso no justifica que la torturen, sigue siendo tortura y sigue siendo injusta, si una persona consiente voluntariamente que la esclavicen, eso no justifica que la esclavicen, sigue siendo esclavitud y sigue siendo injusta, de la misma manera, si alguien consciente incluso de manera escrita, que renuncia a su derecho a la vida, eso no justifica que alguien le cause la muerte, sigue siendo un homicidio y sigue siendo injusto.

Eso es el primer punto, me parece muy importante, además que ahí hay un tema clave es el de la autonomía, que yo creo que ahí hablarlo muy bien y entenderlo, especialmente en el tema de la eutanasia y que no se ha abordado del todo, la eutanasia es delicada en el tema de la autonomía, la autonomía es importantísima, es sagrada, es delicada y en un paciente hay que tener mucho cuidado en lo que significa esa autonomía, un paciente que llega y le dice al médico y se los digo porque nosotros en la Fundación trabajamos constantemente de la mano de gremios de médicos y especialmente de paliativistas, que debo decirle con todo respeto, Senador Luna y demás, que son los grandes ausentes de esta audiencia, hacen falta los paliativistas, porque son los directamente relacionados a esto y hasta ahora se ha escuchado poco o nada de gremios de paliativistas, ASOCUPAC, ACCP, la Asociación Colombiana de estudios del dolor.

Hacen falta en estos debates y son fundamentales, y ellos reciben constantemente mensajes de sus pacientes, entre esos mensajes como: doctor, ayúdame a morir; doctor, no me aguanto más este dolor, me quiero morir; doctor, practíqueme la eutanasia, dígame qué le firmo, no me aguanto más la desesperación. Y hay que tener muchísimo cuidado porque podíamos tener una visión fanatizada de la autonomía y no comprender la totalidad del mensaje de ese paciente, cuántas veces eso lo recibimos solamente como autonomía y entonces es simplemente la orden y luego pasar a firmar de un paciente pidiéndole eutanasia y cuánto hay de profundidad en ese mensaje y pienso, por ejemplo, en el estado de Oregón, que está permitido el suicidio asistido, no la eutanasia, porque en Estados Unidos no está permitida la eutanasia, el juez lideró una opinión en contra y negó la eutanasia, pero sí el

suicidio asistido, puntualmente en algunos estados pocos, el caso de Oregón.

Sucede que más de la mitad de los pacientes que se practicaron la eutanasia en Oregón eran pacientes oncológicos, pero además esos pacientes oncológicos más de la mitad de ellos sufrían además diagnosticados también con depresión, sufrían depresión, entonces ahí uno se hace la siguiente pregunta: cuánto es esa depresión causante, porque está demostrado que como enfermedad la depresión es causante de ideación suicida, y entonces cuánto, cuán responsable es un médico al recibir la expresión o ideación suicida, formulada en palabras de un paciente en ya no tratar terapéuticamente su depresión y lo que su depresión le está de alguna forma llevando a expresar en medio de una desesperación, sino ya no tratarlo terapéuticamente y tratando su ideación suicida en este caso, sino de manera afirmativa a su enfermedad, este paciente está expresando que quiere morir y que quiere que alguien le cause la muerte y lejos de tratar su depresión y de tener en cuenta el factor que puede esa misma depresión, se le está afirmando, se le está utilizando esa expresión como suficiente para causarle la eutanasia.

Entonces, ahí uno se debe hacer la pregunta: ¿cómo se está tratando la autonomía? Yo pienso en una médica paliativista, que siempre que escucha la expresión de un médico: –doctor, ayúdame a morir–, una médica paliativista de Barranquilla, ella dice –regálame 24 horas– y empieza a tratarla con cuidado paliativo, que es lo que exige, lo que pide en medio una desesperación el paciente, cuántas veces lo que parece autonomía o libertad no es más que autonomía ficticia, porque en realidad es una expresión de desesperación del paciente, cómo podemos decir con la mano en el corazón, cómo podemos decir que un paciente que está expresando esto no está expresando también dolores y desesperación, lo que está expresando es que no tiene otra opción más para escoger, nadie más le está lidiando su dolor, se siente sin dignidades y sin cuidado y cuántas otras razones más, y lo único que hoy, de manera biológica, creo yo, fanatizada, estamos diciendo: –es suficiente, ya expresó su autonomía–.

Es delicadísimo ver esto solo con la lupa de la autonomía y olvidarse de la lupa o de la óptica, digamos, importantísima del paciente de cuidarlo y de cuidar y aliviar el dolor que tiene ese paciente, y ahí voy al punto segundo.

El segundo punto, la segunda objeción, creo yo, es que la eutanasia corrompe la profesión médica y esto es fundamental, porque la medicina no es una técnica, el médico no es un asistente técnico de la muerte, de hecho, todo lo contrario, lo que agrava esta injusticia que acabo de decir es que aquel que juró por profesión, por ethos de su profesión, por vocación nunca dará droga letal a quien me lo pida, lo dice el juramento hipocrático, aquel que juramentó eso es a quien se le está dando el encargo de administrar esa inyección letal, entonces, la medicina no es simplemente oprimir un botón, la

medicina no es aplicar una inyección, la medicina es una vocación al servicio del paciente, el ethos de la medicina se podría resumir muy fácil, siempre cuidar, a veces curar, porque no siempre es posible, pero nunca matar.

Y eso ya se ha dicho acá con la Asociación Médica Mundial, pero también además de la Asociación Médica Mundial que se opuso a la eutanasia, lo hizo la Asociación Médica Americana, el gremio médico más grande y numeroso de los Estados Unidos afirmó una frase que es lapidaria, dijo: “*la eutanasia es fundamentalmente incompatible con el rol del médico como sanador*”, un médico es por vocación sanador, no un técnico nada más y, por tanto, el médico no es un asistente técnico de la muerte y por tanto, esto no se trata solamente, con todo respeto de objeción de conciencia, se trata de la corrupción en la totalidad de esa profesión.

Y entonces, cómo queda ahora la relación médico-paciente cuando yo no sé si este médico es un objetor de conciencia o este médico, que incluso puede iniciar la conversación y decirme -ya llevas tanto tiempo en una camilla, has considerado por alguna vez la opción de la eutanasia, o de forma taimada, soterrada, disfrazada, puede empezar a sugerir, porque además tiene un sistema detrás que le empieza a reclamar tiempo y que le empieza a reclamar por todo lo que exige, si, un paciente con cuidado paliativo y lo delicado entonces qué es esto para corromper la profesión médica.

Y ahí voy también al tercer punto y última objeción, creo yo la que especialmente les pido que tengan en cuenta, porque tiene que ver con nuestro país, Colombia, la eutanasia es además una injusticia social, es un problema de injusticia social, vean el Estado de Nueva York, que es un estado que no es para nada conservador, ni mucho menos, al revés, es un estado bastante liberal y progresista, rechazó la eutanasia, y la razón por la cual lo hizo no fue por razones éticas, fue por razones de impacto, el departamento de salud del Estado de Nueva York, especialmente el TaskForce que designó en ese momento el gobernador del estado, ese departamento hizo un estudio de cuál sería el impacto de la eutanasia una vez introducido en su sistema de salud y es lo que está pasando en Colombia.

Lo que ellos dijeron fue una cosa muy sencilla, pero muy lapidaria para el fenómeno de nuestro país, vital de entenderlo, dijeron en cualquiera sistema de salud, esto es del departamento de salud Nueva York, en cualquier sistema de salud siempre será más económico una inyección letal, ¿qué significa eso que está diciendo ahí?, pues ahora que decía que los paliativistas son las grandes ausentes, que el cuidado paliativo va a terminar obsoleto, porque si decimos que lo está proponiendo en el proyecto de ley que A es una modalidad de muerte digna y B es otra modalidad de muerte digna, pero A es muchísimo más económica por un tema de arquitectura de incentivos base, uno sabe que si esta es mucho más económica y esta es mucho más costosa, exigente, que nos pide excelencia


médica, que nos pide garantizar una cantidad de servicios y de ayuda y de alivio y cuidado, lo real, lo evidente es que un sistema de salud por muy buenos que tengamos médicos, un sistema de salud por arquitectura de incentivos se va a inclinar siempre por la opción más médica y tantos que han dicho en momentos y con mucha justa causa, que a veces las EPS y a veces el sistema de salud se convierten en un negocio, pues prepárense, porque esto es lo que exactamente empiezan a convertir las cosas en un negocio, cuando algo que fue declarado, y esto hay que decirlo, el cuidado paliativo, y qué hay que decir con todo respeto, es falso que el Congreso no haya hecho nada frente a los pacientes con enfermedades que me hacen sus vidas, existe una ley que se llama Ley Consuelo Devis Saavedra, una ley que garantiza, reconoce el derecho de los pacientes a cuidados paliativos y al tiempo un Estado que no le ha prestado atención al reconocimiento de este derecho, como ya se ha mencionado, 0,9 servicios de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes en Colombia, estamos muy por debajo de la tasa de la OMS, en las profesiones médicas, váyase a cualquier...

...Claro que sí, en uno solo voy a terminar. Las profesiones médicas, el 20%, menos del 20% enseñan cuidado paliativo en Colombia, menos del 20% de las escuelas de medicina enseñan cuidado paliativo, estamos pésimos en cuidado paliativo, con todo respeto. Y eso significa que nosotros que no hemos garantizado el cuidado paliativo a lo largo y ancho del país, y vaya hacia las periferias, sí es peor todavía, estamos introduciendo dentro de la fórmula la eutanasia, que es muchísimo más económica, es sencillo lo que va a pasar una injusticia social en grado sumo, dado que no supimos cumplirles el derecho de cuidado paliativo a cada paciente de Colombia que sufre, que está desesperado y ni les contara las historias que nos dan los médicos paliativistas, me recuerdo nada más una, de una joven que a su madre le tocó buscarle un opiode en una olla, lo manifestaba ella, porque no le querían entregar lo que necesitaba para el alivio de su dolor de su propia madre.

Eso le pasa en Colombia y la cantidad de papeles, derechos de petición y demandas que se tienen que cursar para garantizar algo que ya es un derecho, pero que hoy no estamos garantizando, ¿y por qué no lo estamos garantizando?, hoy existe una medida fácil, económica y entonces injusta y que va a terminar de obsoletizar para siempre el cuidado paliativo, que está siendo la eutanasia, la eutanasia es una injusticia social, la medicina y la profesión médica, y con esto término, debería ser siempre cuidar, a veces curar, pero nunca matar, los pacientes de Colombia merecen mucho más. Muchas gracias.

De conformidad con la Ley 5ª de 1992, la Presidencia informa que se publican los documentos enviados al correo de la Comisión Primera del honorable Senado de la Republica, comisión.primer@senado.gov.co y los radicados en el trascurso de la audiencia y se envían los documentos

a los honorables Senadores miembros de la Comisión Primera de Senado.

 FUNDACIÓN COLOMBIANA DE ÉTICA Y BIOÉTICA - FUCEB

1

Bogotá, 20 de septiembre de 2023

Ref: Proyecto de Acto Legislativo No. 06 de 2023 "Por el cual se modifican los artículos 5, 11, y 18 de la Constitución Política, con el fin de garantizar la inviolabilidad del derecho a la vida".
- Estoy vivo desde la concepción.

INTERVENCIÓN DE LA FUNDACIÓN COLOMBIANA DE ÉTICA Y BIOÉTICA FUCEB, SOBRE EL PAL 06 DE 2023

La Fundación Colombiana de Ética y Bioética FUCEB, agradece al Congreso de la República y, en especial a la Comisión primera del Senado, la oportunidad de participar en esta Audiencia pública. Nos hemos centrado en dos lemas, el respeto a cada ser humano desde el inicio de su concepción y el derecho de todos a la objeción de conciencia.

1. EL RESPETO A CADA SER HUMANO DESDE EL INICIO DE SU CONCEPCIÓN

En la naturaleza, todo ser humano comienza el automovimiento exclusivo de su propio cuerpo, con la entrada del espermatozoide al óvulo, que es el inicio de su concepción. Cuatro a seis horas después de una relación sexual, inicia el proceso de la concepción que dura 11 a 12 horas, y después de este siguen seis horas de preparación para la primera división celular. Desde el inicio de la concepción un ser humano tiene, entre sus principales características de cuerpo vivo, su automovimiento que lo caracteriza como diferente a las células que le dieron origen.

Desde la entrada del espermatozoide al óvulo, cada nuevo miembro de nuestra especie coordina por sí mismo sus propias estructuras y funciones, que no son ya las de un óvulo ni la de un espermatozoide, sino las de un nuevo miembro de la familia humana con un genoma al que coordina su proceso de unificación que dura 11-12 horas que es lo que dura la concepción. Este proceso se llama etapa constitutiva.

Otras de las características de un cuerpo vivo son el intercambio de sustancias con el medio externo, la conducta que corresponde a las características propias del genoma que evidencia la especie a la que se pertenece, el crecimiento y desarrollo correspondiente a la fórmula química del ADN que no cambia cuando se replica en cada célula descendiente del cuerpo unicelular con el que inicia la vida de todo ser humano. Estas características también se observan en el ser humano unicelular durante el proceso de su concepción.

La segunda etapa de la vida humana se llama consecutiva y solo termina con la muerte del ser humano.

De modo coherente con la contundencia de la ciencia, sobre esto ya la Declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos, de 1997, señaló en su Artículo primero: "El genoma humano es la base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad y diversidad intrínsecas. En sentido simbólico, el genoma humano es el patrimonio de la humanidad."¹

Con los últimos conocimientos de Biología molecular sobre el inicio de la concepción, se deduce que no existen óvulos fertilizados, porque la fertilización es el inicio de un nuevo automovimiento y ya no existe el propio de un óvulo ni el de un espermatozoide, sino solo el

¹ UNESCO. Declaración universal sobre el que no me aman los derechos humanos. Artículo primero. 1997. Disponible el 20 de 9 de 2023, <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/universal-declaration-human-genome-and-human-rights>

Fundación Colombiana de Ética y Bioética - FUCEB. Cra. 9 C 121 53, Torre B, 303. Cel. 3102116496 y 3108125800 Bogotá D. C. - E-mail: eticaybioeticafacebcolombia@gmail.com
Web: www.facebcolombia.org NIT 900313473-9

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
DIRECCION GENERAL
PRIMEROS COMENTARIOS
PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 06 DE 2023 SENADO**

1. El ejercicio del derecho a morir dignamente no es sinónimo exclusivo de "muerte médicamente asistida", es la posibilidad de tomar decisiones frente al proceso de morir, que incluye cuidado paliativo, adecuación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa. La muerte asistida médicamente se puede prestar para diferentes interpretaciones, consideramos que debe ser llamada por su nombre, derecho a morir dignamente mediante la EUTANASIA, esta es una vía de anticipación de la muerte, una opción de cada persona sujeta a su marco de valores, no al marco de valores de quien acompaña ese camino. El concepto de eutanasia debe quedar claro en la ley estatutaria.
2. Artículo 11. Medidas para la accesibilidad.
 - a. Primer párrafo. Mediante las redes integradas o redes de sus prestadores generaran las guías y rutas de atención que superen las barreras y permitan el goce efectivo del derecho fundamental a la muerte digna mediante Eutanasia.
 - b. Segundo párrafo. Agregar para identificar y superar las barreras.
 - c. Párrafo 2. Consideramos no se justifica este registro de objeciones de conciencia, si se organizan bien las redes y rutas no será necesario.
3. Corrección del y/o Artículo 16. Del intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico. Dejar: Artículo 16. Del intenso sufrimiento o dolor físico o psíquico. Igual dentro del texto del artículo.
4. Artículo 20. Posibilidad de refracto, desistir de su solicitud y/o optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente Dejar: desistir de su solicitud y optar.
5. Artículo 28. Recepción de la solicitud. Numeral 4. Reportar la solicitud dentro, aclarar a quién o qué organismo debe reportar.
6. Artículo 32. Debe aclararse o establecer que el Ministerio de Salud reglamentaría los alcances del término "decisión ampliamente motivada".
7. Artículo 42. Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) obligadas a contar con un Comité Científico, ...nivel IV de complejidad y/o que presten, cambiar por: nivel IV de complejidad o que presten.
8. Artículo 43. Párrafo 3. De conformidad con lo previsto en los artículos 86 y 87 de la presente ley, los integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán objetar conciencia respecto del procedimiento a su cargo. No consideramos que debe quedar esto, en las IPS se conforman estos comités por voluntad y aceptación de sus integrantes, esto en nuestro concepto sobra.
9. Artículo 44. Sobre los informes, recomendamos dejar claro lo que se considera necesario informar; que sea sencillo y sin tanto trámite, para eso quedan las actas del Comité.
10. Artículo 52. Otro reporte redundante con el del artículo 44.

2

automovimiento de un nuevo ser humano que coordina sus propias partes dando continuidad de su vida.

2. EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La conciencia es el conjunto de convicciones que las personas tienen acerca de las conductas que deben realizar como condición necesaria para lograr su pleno desarrollo y contribuir del modo más eficaz al de los demás.

Como el primer deber de una persona es el cuidado de sí misma, nadie tiene derecho a impedir que cada uno sea coherente con los referentes de la propia conciencia. Esto se debe cumplir en todos los que hacen, interpretan y aplican las leyes.

La conciencia se rige por principios éticos que son referentes conceptuales que facilitan el ejercicio incondicional del pleno respeto a cada uno de todos los seres humanos sin hacer excepciones.

Uno de los principios para solucionar los retos relacionados con los riesgos para la integridad, salud, vida y pleno desarrollo, tanto de la madre como de cada hijo o hija, desde el inicio de la concepción, es coherente con que nadie tiene derecho a disponer de la vida de otro ser humano para solucionar sus necesidades o deseos, ni siquiera con el argumento del valor de las propias ideas y tendencias. Es el principio de causa de doble efecto, llamado también voluntario *in causa*, voluntario indirecto o principio del doble efecto. Se enuncia así:

Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si:


- a) La acción en sí misma, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente;
- b) La intención es lograr el efecto bueno;
- c) El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo;
- d) Debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor;
- e) Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

Respecto a los casos de violación, es evidente que si hay un victimario y una o varias víctimas, lo justo es sancionar al victimario y evitar que se haga algún daño más a alguna o varias de las víctimas.

En el caso de malformaciones, no existe el derecho a hacer daño a un ser humano con argumento de alteraciones en sus rasgos físicos.

Con esta intervención, intentamos dar a entender que tanto la vida como la objeción de conciencia, son derechos de los que nadie puede disponer arbitrariamente respecto de sí mismo ni de los demás. Consideramos que apoyar el proyecto de Acto Legislativo N° 6 de 2023 fortalece la protección de estos dos principales derechos para garantizar la integridad, vida, salud y pleno desarrollo de todo ser humano.

Atentamente,



Vicente José Carmona Pertuz MD.
Especialista en Ginecología y Obstetricia, Epidemiología y Bioética
Presidente
Fundación Colombiana de Ética y Bioética FUCEB
c.c. 19 351 821
Representante: Carlos Manuel Castillo González, Médico Pediatra, c.c. 19252895, cel: 3102187644

Fundación Colombiana de Ética y Bioética - FUCEB. Cra. 9 C 121 53, Torre B, 303. Cel. 3102116496 y 3108125800 Bogotá D. C. - E-mail: eticaybioeticafacebcolombia@gmail.com
Web: www.facebcolombia.org NIT 900313473-9

SOBRE LO ESPECÍFICO REFERIDO AL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA TRATÁNDOSE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA)

11. Artículo 56. Párrafo 1. No podrán objetar conciencia los profesionales médicos ni las personas a cargo de tramitar la solicitud de acceso al procedimiento de la muerte médicamente asistida o de informar a los interesados sobre el ejercicio del derecho a la muerte digna. Esto es coartar la dignidad y autonomía médica, si se organizan las redes, instituciones, guías y rutas no se debe dar esta circunstancia.
12. Artículo 58 y 59, en este punto se recomienda de manera muy insistente que se destipique la conducta, no es digno y adecuado que el médico que practique eutanasia se califique de homicida por piedad sin pena, es mejor que esté seguro que su conducta no es un delito.

13. Antes de hablar de eutanasia en NNA, es necesario reflexionar frente a las otras opciones de muerte digna, porque no se puede partir de esta modalidad de muerte sin contar con las demás condiciones necesarias para garantizarla, lo que implica un equipo de cuidado paliativo pediátrico para el caso de NNA. El cuidado paliativo pediátrico en Colombia tiene un pobre desarrollo y los especialistas son escasos (10 equipos en todo el país distribuidos en Bogotá, Cali, Medellín y Neiva). Es indispensable generar estrategias que garanticen el acceso y atención equitativa a cuidado paliativo pediátrico, así como programas, recursos y entrenamiento formal para pediatras en el país (inexistente hasta el momento). Luego si es posible hablar de muerte digna mediante la eutanasia que es lo que compete a esta ley.

14. Artículo 39. Reconocimiento del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes. Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a morir dignamente. Los niños, niñas y adolescentes entre los seis (6) y los dieciocho (18) años pueden acceder a la muerte médicamente asistida en los términos previstos en la presente ley y en las normas que la reglamenten. Los niños y niñas entre los cero (0) y los seis (6) años podrán ejercer su derecho a morir dignamente mediante la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico o mediante el acceso a cuidados paliativos.

- a. La toma de decisiones en pediatría está definida por la capacidad de comunicar la decisión, capacidad de entendimiento, capacidad de razonar y capacidad de juicio que están en directa relación con la evolución de sus facultades y autonomía en desarrollo, por ende, creo que es necesario que el NNA comprenda la muerte en sí misma como

universal, inexorable e irreversible para la toma de este tipo de decisiones de forma autónoma.

b. Es fundamental tener en cuenta las diferentes edades en las que el constructo de muerte se va adquiriendo. De 0 a 3 años, la muerte no es un concepto real ni formal. No existe idea de muerte propia. De 3 a 6 años, el niño o niña desarrolla su pensamiento prelógico, intuitivo, aparece la idea de muerte como fenómeno temporal, la muerte es reversible o transitoria. No se consolida idea de muerte propia. De 6 a 12 años, el niño o niña desarrolla un pensamiento lógico, operacional, que le permite adquirir elementos que hacen parte del concepto de muerte, como la inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad pero este concepto aún no está completamente constituido como permanente y absoluto, y aunque algunos niños dada la complejidad de sus patologías adquieren de forma mas temprana un adecuado desarrollo de sus facultades y capacidades, en términos generales, solo a partir de los 12 años se comprende la muerte como universal, inexorable e irreversible, por lo que desde mi punto de vista, es prudente desde esa edad la toma de esta decisión con concurrencia de sus tutores legales y sugeriría que solo a partir de los 14 años, cuando legalmente se considera un menor maduro por legislación Colombiana, se pueda firmar un consentimiento informado para este escenario sin concurrencia de los tutores legales.

c. Entre los 6 y los 12 años esta capacidad no es clara ni el concepto de muerte, por ende, es contradictorio decir que entre los 6 y los 12 años pueden tomar esta decisión.

d. Continúa la discusión si puede haber un consentimiento sustituto (tutores legales tomen esta decisión) cuando un paciente por su condición (neurológica, por ejemplo) o edad no pueda ejercer su autonomía, sin embargo, consideramos que Colombia aún no estamos preparados para este tipo de escenarios donde se aboga por la dignidad por encima de la autonomía. Es necesario iniciar con otro tipo de políticas de salud pública que garanticen realmente una muerte digna no solo a partir de la eutanasia.

e. En esta ley las funciones de los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente para esos casos son más sencillas, claras y sin tantos trámites que hacían imposible que se llevara a cabo este derecho en NNA, sin embargo, no puede llamarse comité de muerte digna sino, comité de muerte digna mediante la eutanasia. Si se considera el nombre de muerte digna en todos los escenarios es porque también se discutirán casos de adecuación del esfuerzo terapéutico o hasta sedación paliativa.

DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS)

Es indispensable crear o consolidar redes e instituciones idóneas que lleven a cabo este procedimiento, se debe garantizar que una vez se realice la solicitud por parte de un paciente, esta sea tramitada ante el comité institucional según los

AUDIENCIA PÚBLICA COMISIÓN 1ERA SENADO DE LA REPÚBLICA

Paula Andrea Gómez Henao
Anestesióloga Cardiovascular
Derecho Médico Universidad Externado de Colombia
Estudiante de Doctorado en Bioética Universidad el Bosque
Coordinadora Grupo de Atención al Paciente con Cáncer GAICA
Instituto Nacional de Cancerología

MUERTE DIGNA EN COLOMBIA: ¿qué barreras enfrentan los pacientes para acceder a ella?

Presentación PowerPoint 10-15 minutos de intervención

lineamientos y tiempos estipados por la ley, sin embargo, no consideramos que sea obligatorio y mucho menos prudente y conveniente realizarla en el institución prestadora de salud donde se presentó dicha solicitud. Esto evitará entre otras cosas, la objeción de conciencia médica que podría ser frecuente en las instituciones prestadoras de salud donde se trata ese paciente y a la que tienen derecho de abogar los médicos.

En todo caso, es necesario favorecer y casi de obligatorio cumplimiento que todo paciente menor de edad con una condición amenazante o limitante de la vida sea valorado por un equipo de cuidado paliativo pediátrico, lo que ha mostrado (en los adultos) reducción de las solicitudes de eutanasia.

¹ El uso de yó es un error gramatical y genera ambigüedad en la proposición o decisión que la contiene en cuanto la conjunción "y" implica que se den simultáneamente dos condiciones y la conjunción "o" establece que estas condiciones son alternativas y que se cumple la premisa cuando se dé una de las dos. Por tanto, son opuestas y no es adecuado colocarlas en el mismo tenor.
Diccionario de la lengua española:
y2
Del lat. et.
1. conj. copulat. U. para unir palabras o cláusulas en concepto afirmativo. Si se coordinan más de dos vocables o miembros del período, solo se expresa, generalmente, antes del último. Ciudades, villas, lugares y aldeas. El mucho dormir quita el vigor al cuerpo, embotando los sentidos y debilita las facultades intelectuales.
2. conj. copulat. U. para formar grupos de dos o más palabras entre los cuales no se expresa. Hombres y mujeres, niños, mozos y ancianos, ricos y pobres, todos viven sujetos a las miserias humanas. Se omite a veces por asindeton. Acuédate, corre, vuela. Útilno, alegre, activo, enamorado. Se repite otras por polisindeton. Es muy lástimo, y sabe de todo, y tiene una lástima...
3. conj. copulat. U. a principio de período o cláusula sin enlace con vocablo o frase anterior, para dar énfasis o fuerza de expresión a lo que se dice. ¿Y si no llega a tiempo? ¿Y si fuera otra la causa? ¿Y déjas, Pastor santo...!
4. conj. copulat. Denota idea de repetición indefinida, precedida y seguida por una misma palabra. Días y días. Cartas y cartas.

o3
Del lat. aut.
1. conj. disyunt. Denota diferencia, separación o alternativa entre dos o más personas, cosas o ideas. Antonio o Francisco. Blanco o negro. Herrar o quitar el banco. Vencer o morir.
2. conj. disyunt. U. generalmente ante cada uno de dos o más términos contrapuestos. Lo harás o de grado o por fuerza.
3. conj. disyunt. Denota equivalencia, significando 'o sea, o lo que es lo mismo'. El protagonista, o el personaje principal de la fábula, es Hércules.

COLOMBIA
VID POTENCIA D
Unidad de Correspondencia
Al Contar con cte Rad: 2023-1-3.5.1-002354 Id: 7200
Fecha: 2023-09-24 Hora: 15:37 N. Destinatario: 1
Correspondencia: 03 folios
Anexos: Sin Anexos

Educación

Bogotá

Radicado No.
2023-EE-210528
2023-09-24 01:14:04 p. m.

Doctora
YURY LINETH SIERRA TORRES
Secretaría General de la Comisión Primera
Senado de la República
Edificio Nuevo del Congreso
Ciudad

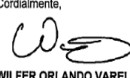
Referencia: Concepto al proyecto de ley No. 006 de 2023 Senado

Respetada Doctora Sierra, reciba un cordial saludo.

Con toda atención, me permito remitir el concepto del Ministerio de Educación Nacional sobre el proyecto de ley No 006 de 2023 Senado **"Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte medicamente asistida y se dictan otras disposiciones"**.

Desde el Ministerio de Educación Nacional estamos atentos a brindar toda la colaboración en las iniciativas legislativas que redunden en el mejoramiento de la educación del país.

Cordialmente,



WILFER ORLANDO VARELO QUINTERO
Viceministro de Educación Superior (E) ^{HT}

Copia H.R. Juan Carlos Lozada Vargas, Luis Alberto Albán Urbano, Juan Sebastián Gómez González, Luz María Munera Medina, Catherine Juvino Clavijo, Modesto Aguilera Vidar, Lidier Alexandra Viquez Ochoa, Pedro José Vasco Suárez, Jorge Méndez Hernández, Elizabeth Juy-Pang Díaz, María Fernanda Casasola Rojas, Néstor David Chaparro, Katherine Miranda, Alito Ulibe Muñoz, Daniel Caravallo Mejía, Germán Rogelio Rizzo Anís, Erick Velasco Buitrago, Gabriel Becerra Yañez, Jairo Cala Suárez, Santiago Osorio Martín, Andrés Castañé Calle Aguiar, David Rascón Mayora, Alejandro García Ríos, Jennifer Pedraza Sanabria, Olga Beatriz González, Carolina Grisdó Botero y Andrés Cancian López, y los Honorables Senadores Humberto De La Calle Lombana, Julio Alberto Elias Vidal, Iní Aspírrita Reyes y Esteradía Hernández Silva.

Revisó: José Ignacio Morales Huatto, Iván Andrés Wilber E. Aspírrita Cáceres ^{HT}
Director Jefe
Dirección de Calidad para la Educación Oficina Asesora Jurídica Superior

Ministerio de Educación Nacional
Dirección: Calle 43 No. 57 - 14, CAN, Bogotá D.C., Colombia
Comunador: (+57) 601 22 22800
Línea Gratuita: 018000 - 910122



Concepto al proyecto de ley estatutaria No. 006 de 2023 Senado
"Por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones"

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Objeto y motivación

La iniciativa tiene por objeto "(...) regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna en la modalidad de muerte médicamente asistida y garantizar la seguridad jurídica de los participantes involucrados en el procedimiento por medio del cual se aplica la muerte médicamente asistida" (Ley Estatutaria).

Los autores afirman que, en Colombia, el derecho a morir dignamente fue reconocido por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-239 de 1997. En ese sentido, los principales reconocimientos y desarrollos normativos en materia del derecho a la muerte digna han sido acotados por vía jurisprudencial.

II. CONSIDERACIONES TÉCNICAS Y JURÍDICAS

Una vez analizada la iniciativa puesta en consideración, y en cumplimiento de las funciones asignadas mediante el Decreto 5012 de 2009, el Ministerio de Educación Nacional procede a emitir concepto respecto del artículo del proyecto de ley que de alguna manera se relaciona con el sector educativo, tal como se transcribe a continuación:

- **Artículo 15. Medidas pedagógicas y educativas.** El Ministerio de Educación Nacional, en asociación con el Ministerio de Salud y Protección Social y con las secretarías distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces y con las instituciones de educación superior, deberán garantizar la capacitación de los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.

El Ministerio de Educación Nacional, en asociación con el Ministerio de Salud y Protección Social y con las instituciones públicas y privadas de educación superior deberán garantizar la capacitación de los estudiantes que cursen carreras relacionadas con las ciencias de la salud, enfermería y psicología y trabajo social, sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.

Parágrafo 1. Las medidas de las que trata el presente artículo deberán realizarse al menos con frecuencia anual.

En primer lugar, sobre sus competencias, esta cartera se permite indicar que, de acuerdo con el Decreto 5012 de 2009, la competencia institucional del Ministerio de Educación Nacional se centra en la definición de las políticas y los lineamientos para la prestación de un servicio de enseñanza de calidad, con acceso equitativo y permanencia.

Ministerio de Educación Nacional
 Dirección: Calle 43 No. 57 - 14, CAN, Bogotá D.C., Colombia
 Comutador: (+57) 601 22 22800
 Línea Gratuita: 018000 - 910122



científicas; la designación de sus autoridades administrativas; el manejo de sus recursos, etc. La Corte resaltó que la interferencia del legislador en estos temas supone una vulneración de la autonomía universitaria.

Ahora bien, se aclara que las intervenciones admisibles a la autonomía son aquellas realizadas en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia del Estado sobre la universidad colombiana; particularmente, sobre la universidad pública. Estas intervenciones suponen un control limitado que se traduce en una labor de supervisión sobre la calidad de la instrucción, el manejo ordenado de la actividad institucional y la observancia de las grandes directrices de la política educativa reconocida y consignada en la ley.

En este sentido, son las instituciones de educación superior quienes crean, organizan y desarrollan sus programas académicos en el marco de su autonomía.

En consideración con lo hasta ahora expuesto, y sin perjuicio del concepto que emita el Ministerio de Salud y Protección Social, respetuosamente se recomienda adoptar el texto propuesto en el siguiente aparte.

III. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Educación Nacional destaca la importancia de la iniciativa examinada; sin embargo, con el fin de que las normas sobre el sector educativo se agrupen de una manera armónica, razonada y suficiente en el ordenamiento jurídico colombiano, en ejercicio de las funciones asignadas en el Decreto 5012 de 2009, respetuosamente y sin perjuicio del concepto que emita el Ministerio de Salud y Protección Social, recomienda adoptar el texto que a continuación se propone para el artículo 15 del proyecto de ley

El texto que se propone es:

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	Propuesta de ajuste MEN
Artículo 15. Medidas pedagógicas y educativas. El Ministerio de Educación Nacional, en asociación con el Ministerio de Salud y Protección Social y con las secretarías distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces y con las instituciones de educación superior, deberán garantizar la capacitación de los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.	Artículo 15. Medidas pedagógicas y educativas. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las secretarías distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces y con las instituciones de educación superior, deberá garantizar la capacitación de los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.
<i>El Ministerio de Educación Nacional, en asociación con el Ministerio de Salud y Protección Social y con las instituciones públicas y privadas de educación superior deberán garantizar la capacitación de los estudiantes que cursen carreras relacionadas con las ciencias de la salud, enfermería y psicología y trabajo social, sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.</i>	<i>El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la capacitación de los estudiantes que cursen carreras relacionadas con las ciencias de la salud, enfermería y psicología y capacitación de los estudiantes que cursen trabajo social, sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.</i>
Ministerio de Educación Nacional Dirección: Calle 43 No. 57 - 14, CAN, Bogotá D.C., Colombia Comutador: (+57) 601 22 22800 Línea Gratuita: 018000 - 910122	



Asimismo, el Ministerio de Educación Nacional orienta al Sistema de Educación Superior en el marco de la autonomía universitaria, fomentando: (i) El acceso con equidad de la ciudadanía colombiana, (ii) La calidad académica, (iii) La operación del sistema de aseguramiento de la calidad, (iv) La pertinencia de los programas, su evaluación permanente y sistémica, (v) La eficiencia y transparencia de la gestión para facilitar la modernización de las instituciones de educación superior y, finalmente, (vi) Orienta la implementación de un modelo administrativo por resultados mediante la asignación de recursos con racionalidad.

En esa medida, el Ministerio de Educación Nacional no tiene dentro de sus competencias el desarrollo de capacitaciones para los actores del sistema de salud y los estudiantes de medicina sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna.

En segundo lugar, respecto del principio constitucional de autonomía universitaria, consideramos oportuno manifestar que, de conformidad con lo previsto en el artículo 69 de la Constitución Política y en los artículos 28 y 29 de la Ley 30 de 1992, las instituciones de educación superior (IES) gozan del principio de autonomía universitaria, en cuya virtud se encuentran facultadas para "(...) darse y modificar sus estatutos, designar sus autoridades académicas y administrativas, crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir y organizar sus labores formativas, académicas, docentes, científicas y culturales, otorgar los títulos correspondientes, seleccionar a sus profesores, admitir a sus alumnos y adoptar sus correspondientes regímenes y establecer, arbitrar y aplicar sus recursos para el cumplimiento de su misión social y de su función institucional".

Estas atribuciones tienen su origen en el respeto de la capacidad de autorregulación filosófica y autodeterminación administrativa de la que gozan las instituciones de educación superior, y en la necesidad de que el acceso a la formación académica de las personas se realice dentro de un clima libre de interferencias del poder público, tanto en el campo académico como en la orientación ideológica, y en el manejo administrativo y financiero del ente educativo.

La autonomía universitaria tiene como objeto central de protección el ejercicio de las libertades de cátedra, enseñanza, aprendizaje y opinión; así como la prestación del servicio público de la educación superior sin interferencias de los centros de poder ajenos al proceso formativo. Esta facultad pretende evitar la intromisión del poder público en la labor de las instituciones de educación superior como entes generadores del conocimiento.

Para la Corte Constitucional, la autonomía universitaria se erige como una garantía institucional, es decir, como una "protección constitucional" que se les confiere a las instituciones que prestan el servicio de educación universitaria, a fin de que los estudios superiores no estén sometidos a ninguna forma de dirección, orientación, interferencia o confesionalismo por parte del Gobierno Nacional.


En la sentencia C-299 de 1994, el Tribunal Constitucional en cita manifestó que el marco legal al cual deben someterse las universidades tiene unos límites precisos y limitados que impiden que la ley pueda extender sus regulaciones a la organización académica o administrativa de estas entidades de educación superior. Tal es el caso de los aspectos relacionados con el manejo docente (selección y clasificación de sus profesores); la admisión del personal docente; los programas de enseñanza; las labores formativas y

Ministerio de Educación Nacional
 Dirección: Calle 43 No. 57 - 14, CAN, Bogotá D.C., Colombia
 Comutador: (+57) 601 22 22800
 Línea Gratuita: 018000 - 910122



PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE	Propuesta de ajuste MEN
<i>carreras relacionadas con las ciencias de la salud, enfermería y psicología y trabajo social, sobre el alcance, contenido, importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. También lo harán respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.</i>	<i>importancia y modalidades de ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna, respetando el principio constitucional de autonomía universitaria de las instituciones de educación superior. También lo hará respecto del contenido de la presente ley y de los deberes, derechos y obligaciones que les asisten en relación con las disposiciones contenidas en la presente ley y en las normas que la reglamenten.</i>
Parágrafo 1. Las medidas de las que trata el presente artículo deberán realizarse al menos con frecuencia anual.	Parágrafo 1. Las medidas de las que trata el presente artículo deberán realizarse al menos con frecuencia anual.

Ministerio de Educación Nacional
 Dirección: Calle 43 No. 57 - 14, CAN, Bogotá D.C., Colombia
 Comutador: (+57) 601 22 22800
 Línea Gratuita: 018000 - 910122



31/08/2023

Cordial saludo,

Por medio del presente documento, queremos dar a conocer los puntos de intervención a cargo de **Mónica Giraldo Castaño con CC: 1058617653** el día lunes 4 de septiembre en la programación del informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley Estatutaria 06 de 2023 de Senado, por la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida, en representación legal de la **Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente - DMD**:

1. Mencionará las barreras actuales del sistema colombiano de salud, que impide que los pacientes puedan acceder a la eutanasia como medio para morir con la misma dignidad en la que se vivió.
2. La importancia de una ley que reconozca el derecho a morir dignamente por medio de la muerte médicamente asistida, es un paso para dignificar las decisiones de las personas que atraviesan un proceso de salud-enfermedad y están en final de vida.
3. Es una ley para garantizar la autonomía de los pacientes y respetar el derecho de quién para acceder a una muerte digna.

También solicita espacio para una intervención **Silvia Camacho con cc 52543345**, para dar su testimonio sobre la muerte por eutanasia de uno de sus familiares.

Cra. 11 # 73-44 Ofi. 508
Bogotá, Colombia www.dmd.org.co

Siendo las 1:09 a. m. la Presidencia da por finalizada la audiencia pública.

Presidente,

H.S. GERMAN ALCIDES BLANCO ALVAREZ

Vicepresidente,

H.S. ALEJANDRO ALBERTO VEGA PEREZ

Secretaria General,

YURY LINETH SIERRA TORRES