



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - Nº 1377

Bogotá, D. C., miércoles, 13 de agosto de 2025

EDICIÓN DE 38 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2025 CÁMARA

por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 8 de agosto de 2025

Doctora

AMPARO YANETH CALDERÓN PERDOMO

Secretaria Comisión Primera Constitucional

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de Ponencia Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2025 Cámara, *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.*

Honorable Secretaria:

En cumplimiento del encargo hecho por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional de la Cámara de Representantes del Congreso de la República y de conformidad con lo establecido en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, me permito rendir **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 006 de 2025 Cámara,** *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,

JUAN CARLOS LOZADA VARGAS

Representante a la Cámara por Bogotá

Partido Liberal Colombiano

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2025 CÁMARA

por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.

CONTENIDO:

1. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO:
2. ANTECEDENTES
3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO
5. SOBRE LA NATURALEZA DE LAS LEYES ESTATUTARIAS
6. IMPACTO FISCAL
7. CONFLICTOS DE INTERESES
8. CONCLUSIÓN:
9. PLIEGO DE MODIFICACIONES
10. PROPOSICIÓN

10. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2025 CÁMARA, *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.*

1. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO:

El objeto del presente Proyecto de Ley Estatutaria es regular las condiciones para que las personas puedan tener acceso al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida. Se adoptan disposiciones normativas para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la muerte digna mediante la muerte médicamente asistida que ha sido reconocido por vía jurisprudencial desde 1997 por la Corte Constitucional. A su vez, se crean normas para garantizar la seguridad jurídica de los profesionales de la salud que garanticen el referido derecho, así como la eliminación de barreras.

2. ANTECEDENTES

Desde 1998 ante el Congreso de la República se han radicado y tramitado más de 16 iniciativas legislativas similares, encaminadas a reglamentar el derecho de acceso a la muerte digna. Algunos de estos proyectos pretendían regular distintas modalidades de materialización de este derecho, incluyendo la muerte médicamente asistida. En varias ocasiones las iniciativas lograron superar al menos el primer debate, bien fuera en Senado o en Cámara de Representantes. Sin embargo, nunca lograron continuar su trámite en el Congreso por lo que a la fecha aún existen vacíos legislativos sobre este asunto.

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

El segundo intento se realizó mediante el Proyecto de Ley Estatutaria número 063 de 2020 Cámara, proyecto que corrió la misma suerte del primero, siendo archivado por la Plenaria de la Cámara de Representantes. De esta iniciativa fueron autores los honorables Senadores Horacio José Serpa Moncada, Armando Alberto Benedetti Villaneda, Julián Bedoya Pulgarín, Luis Fernando Velasco Chaves, Guillermo García Realpe, Andrés Cristo Bustos y los honorables Representantes Juan Fernando Reyes Kuri, entre otros congresistas, pero fue archivado el 8 de abril de 2021. En 2021 se radicó el Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021 Cámara. Una vez más, fue aprobado por la Comisión Primera de

la Cámara de Representantes, pero archivado por la Plenaria de la misma corporación.

En el Senado de la República se presentó la cuarta iniciativa legislativa encaminada a regular la materia. Se trató del Proyecto de Ley número 70 de 2020 Senado cuyo autor fue el honorable Senador Armando Benedetti. También ante el Senado, pero por iniciativa gubernamental del Ministerio de Salud y Protección Social, se radicó el Proyecto de Ley Estatutaria número 355 de 2020 Senado. Ninguna de las dos iniciativas prosperó y fueron archivadas de conformidad con lo previsto por el artículo 153 superior.

Igual suerte corrieron los Proyecto de Ley Estatutaria número 007 de 2021 Cámara, impulsado principalmente por el honorable Representante Juan Fernando Reyes Kuri quien, durante los cuatro años del periodo legislativo anterior, dio la lucha al interior de la Cámara de Representantes por, finalmente, regular el derecho a morir dignamente y el proyecto número 006 de 2022 Cámara, el cual fue aprobado en primer debate en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes y fue archivado por no haberse podido continuar con su discusión en el término de la legislatura.

En consecuencia, el pasado 20 de julio de 2023, los congresistas Juan Carlos Losada y Humberto de la Calle Lombana, radicarón nuevamente ante el Senado de la República el presente Proyecto de Ley Estatutaria el cual incluye, entre otros, los avances regulatorios establecidos por el Ministerio de Salud para garantizar el acceso a una muerte digna y pretende ofrecer seguridad jurídica de todos los involucrados en el proceso.

La iniciativa fue remitida a la Comisión Primera del Senado y su Mesa Directiva, por medio de Acta número MD-02 de 2023 designó como ponentes a los siguientes Senadores: Humberto de la Calle Lombana (Coordinador), Julián Gallo, María José Pizarro, David Luna Sánchez, Fabio Amín Saleme, Julio Elías Chagüí Flórez, Juan Carlos García y Paloma Valencia Laserna.

El 4 de septiembre de 2023, en la Comisión Primera de Senado, se llevó a cabo la audiencia pública con el fin de generar un escenario de participación y retroalimentación de la iniciativa legislativa por parte de expertos en la materia, entidades del Estado y otros actores.

El 23 de agosto de 2023, los senadores ponentes, con excepción de los honorable Senador Juan Carlos García y Paloma Valencia Laserna, radicarón ponencia positiva al proyecto de ley y, con el fin de garantizar la publicidad y participación en la discusión, el Senador David Luna Sánchez, presentó proposición con el fin de llevar a cabo audiencia pública. El proyecto no alcanzó a satisfacer los debates constitucionales previstos para una ley estatutaria.

El 20 de julio de 2024 se radicó una nueva iniciativa por parte del honorable Senador Humberto de la Calle, honorable Representante

Juan Carlos Lozada y otros, la cual fue aprobada en la Comisión Primera de Cámara. En la plenaria de Cámara solamente se obtuvieron 90 votos de los 94 necesarios para la mayoría absoluta.

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL PROYECTO

El derecho a la muerte digna guarda estrecha relación con otros derechos fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, el derecho a la vida que comporta la muerte como último acto de la persona, la dignidad humana y la igualdad. Así las cosas, la regulación por vía estatutaria del derecho a la muerte digna desarrolla sendas normas constitucionales dentro de las que se encuentran:

- Colombia como un estado social de derecho democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana (artículo 1°).
- Uno de los fines esenciales del Estado es garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. Asimismo, se consagra que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares (artículo 2°).
- La prohibición del sometimiento a torturas, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 12).
- El derecho a la igualdad (artículo 13).
- El derecho al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16).
- La libertad de conciencia (artículo 18).

Fundamentos legales

- **Ley 1733 de 2014 o Ley Consuelo Devis Saavedra**, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida". Hasta ahora, la Ley 1722 de 2014 es el desarrollo más significativo en relación con el ejercicio y acceso a la muerte digna. El enfoque de dicha regulación está puesto sobre los cuidados paliativos por lo que define los criterios para identificar a los sujetos que pueden ser tenidos como enfermos terminales o con enfermedades degenerativas, irreversibles tanto físicas como mentales. La ley reconoce que esas afectaciones comportan un significativo impacto en la calidad de vida de la persona y en consecuencia reconoce para esas personas y sus familias prerrogativas relativas al cuidado paliativo, información, segunda

opinión, voluntad anticipada, participación y derechos de las familias.

- **Ley 2055 de 2020**, por medio de la cual se aprueba la "convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores", adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015. En virtud de la adopción del referido instrumento de derechos humanos en el ámbito interamericano, el Estado se obligó a adoptar medidas que garanticen los cuidados paliativos a las personas mayores. Estas obligaciones también tienen alcance sobre la familia y el entorno de los pacientes. Así, se establece el reconocimiento de ciertos derechos como el de la salud, y el de recibir servicios de cuidado a largo plazo. Así las cosas, los cuidados paliativos se tienen como constitutivos de un derecho humano que el Estado colombiano está en obligación de proteger y garantizar.
- **Resolución número 13437 de 1991 expedida por el Ministerio de Salud**, por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Incluso antes de que la Corte Constitucional lo hiciera, este acto reconoció por vez primera en un sentido normativo el derecho a la muerte digna. Lo hizo en el artículo primero, en el que reconoció una serie de derechos de los pacientes frente al sistema de salud, entre los cuales se encuentran los que se encuentran: "su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad".
- **Resolución número 1216 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social**, por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-980 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Fijó los parámetros generales para garantizar el derecho a morir dignamente, así como la conformación y funciones de los comités científico-interdisciplinarios. Esta resolución fue derogada por la Resolución número 971 de 2021, también expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- **Resolución número 0825 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social**, por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes. Este acto también se dio como parte del cumplimiento de las órdenes dadas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-540 de 2017. Como lo indica

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

- **Resolución número 2665 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social**, por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Este acto dispone, entre otras, el contenido, los requisitos, formas y condiciones para que las voluntades anticipadas se consideren válidas y para que los interesados tengan acceso y puedan manifestar su voluntad por intermedio del referido documento.
- **Resolución número 229 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social**, por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. En ese acto, el capítulo 4.5. estuvo dedicado a establecer regulaciones sobre el derecho a morir dignamente. La Resolución resaltó que ese derecho está vinculado con el derecho a la vida digna y que la muerte digna no se refiere exclusivamente a la eutanasia sino también a todo el proceso de la muerte incluyendo los cuidados paliativos y la limitación de los esfuerzos terapéuticos o de readecuación de las medidas asistenciales.
- **Resolución número 971 de 2021 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social**, por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia. Este acto dio cumplimiento a las órdenes dadas por la Corte Constitucional en las sentencias T-970 de 2014 y T-423 de 2017 y actualizó el procedimiento previsto en la Resolución número 1216 de 2015. Estableció las condiciones y particularidades del procedimiento para ejercer el derecho a la muerte digna bajo la modalidad de eutanasia. Fijó, entre otros, como requisito ser ciudadano colombiano o siendo extranjero

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

- El Ministerio de Salud está preparando un nuevo proyecto de Resolución que ha recibido críticas por parte de las organizaciones de la sociedad civil que hacen seguimiento a este derecho por cuanto: *“el texto propuesto contiene omisiones sustanciales y disposiciones arbitrarias que vulneran el ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana y la vida digna, todo ello en contravía de lo establecido por la jurisprudencia constitucional, cuyo cumplimiento es obligatorio en el ejercicio de la función reglamentaria que usted desarrolla por mandato de la Constitución”*.

Fundamentos jurisprudenciales

Ante la comisión legislativa por parte del Congreso de la República, los principales reconocimientos y desarrollos normativos en materia del derecho a la muerte digna han sido acotados por vía jurisprudencial. La Corte Constitucional ha consolidado una jurisprudencia robusta que se encuentran tanto fallos de constitucionalidad como de tutela cuyas reglas y consideraciones más relevantes se referencian a continuación considerando que irradian y delimitan el margen de configuración normativa con el que cuenta el legislador para esta materia. En el año 1993, mediante la sentencia T-493 de 1993, reconoció por primera vez la relación existente entre los derechos fundamentales a la intimidad personal y familiar, el libre desarrollo de la personalidad y la decisión autónoma e individual de no continuar con un tratamiento médico.

Es importante notar que en aquel entonces la eutanasia estaba tipificada en el código penal como homicidio por piedad con fines altruistas. Si bien el caso que llevó a la decisión de la Corte no versaba sobre la aplicación de la eutanasia, ni con un caso de homicidio con piedad o con fines altruistas, esta decisión fue relevante toda vez que vinculó, por vez primera, el reconocimiento y ejercicio de ciertos derechos fundamentales a través del respeto de las decisiones personales relativas al uso o continuidad de tratamientos médicos. En esa medida es posible afirmar que esta decisión sentó las bases y abrió la puerta al debate que luego llevaría a reconocer la existencia del derecho a una muerte digna.

La Corte, en 1997 y por primera vez se pronunció sobre la constitucionalidad de la tipificación como delito del homicidio por piedad. Así, en la sentencia C-239 de 1997, con ponencia del Magistrado Carlos

Gaviria Díaz, el Alto Tribunal reconoció que la vida digna guarda estrecha relación y se materializa con el acceso al derecho de una muerte digna. Ello, al considerar que una enfermedad puede hacer que la vida sea incompatible con el concepto de dignidad y calidad de vida que detenta cada individuo. Más aun, reguló la Corte que impedir el acceso a la muerte digna supone un trato cruel e inhumano, una anulación de la dignidad y de la autonomía de la persona. Además, consideró que, en perspectiva constitucional, la protección a la vida debe darse con arreglo al goce efectivo de la autonomía, la dignidad humana, con el libre desarrollo de la personalidad y por ende con el acceso a la muerte digna.

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

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

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

Anticipando posibles preocupaciones respecto de la compatibilidad de garantizar el acceso a la muerte digna con concepciones morales y religiosas la Corte Constitucional consideró que: *“si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral. De nadie puede el Estado demandar conductas*

heroicas, menos aún si el fundamento de ellas está adscrito a una creencia religiosa o a una actitud moral que, bajo un sistema pluralista, solo puede revestir el carácter de una opción. Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas, así una inmensa mayoría de la población las estime intangibles”. (Negrilla fuera del texto original).

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

Finalmente, la Corte Constitucional exhortó al Congreso de la República para que regulara el acceso al derecho a la muerte digna, de conformidad con los parámetros fijados en la sentencia y estableció los puntos esenciales que debería contener la regulación.

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

Reiteró las tres condiciones fijadas desde 1997 que debe observar el legislador y que obran para que una persona pueda acceder a la eutanasia, a saber: *“(i) medie el consentimiento libre e informado del paciente; (ii) lo practique un médico; (iii) el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause sufrimiento”.*

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

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

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

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

Como resultado de otra revisión de un trámite de tutela, la Corte Constitucional profirió la sentencia T-423 de 2017. En esa decisión ordenó a entidades públicas y privadas adoptar medidas para evitar que las barreras de acceso propias del sistema de salud y de los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud impidieran el goce efectivo del derecho a la muerte digna. El Alto Tribunal reiteraría esa comprensión a través de la sentencia T-721 de 2017 con ocasión de la cual expresó que: *“el derecho fundamental a morir con dignidad tiene múltiples dimensiones y no es unidimensional, como hasta ahora se ha concebido, haciendo énfasis en la muerte anticipada o el procedimiento denominado “eutanasia”, pues se trata de un conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud”*.

En esa misma providencia se precisó que cuando la persona se encuentra en estado vegetativo o en situación que imposibilita la expresión de su voluntad, es dable conceder la muerte médicamente asistida obrando para ello el consentimiento sustituto. Así, no es admisible exigir un documento que acredite el consentimiento previo. Agregó que en esos casos era exigible a las entidades de la salud que agotaran los mecanismos para determinar el cumplimiento del resto de condiciones por parte del paciente para acceder a la muerte médicamente asistida.

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

Corporación en la que no se ha efectuado una distinción fundada en esa circunstancia, la violación del principio de interés superior de los niños, niñas y adolescentes previsto en el artículo 44 Superior, y llevaría a admitir tratos crueles e inhumanos de los menores de edad, y la afectación de su dignidad”.

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

De manera más reciente, como, por ejemplo, mediante la sentencia T-060 de 2020 el Alto Tribunal ha seguido insistiendo en la necesidad de que el Congreso expida una regulación legal de la materia. Lo anterior, al notar que el vacío normativo respecto del ejercicio del derecho a la muerte digna ponía en riesgo el ejercicio de ese derecho. Específicamente identificó ese riesgo en el caso de los pacientes que no están en capacidad de manifestar su voluntad y que no han dejado un documento de voluntad anticipada. En igual sentido, la sentencia C-233 de 2021 insistió en la necesidad de regulación y decidió amplió las causales para acceder a la muerte médicamente asistida como medio para ejercer el derecho a la muerte digna.

Así, dispuso que en adelante no sería constitucionalmente admisible exigir que el paciente tenga una enfermedad terminal como condición para concederle la muerte médicamente asistida, pues consideró que tal exigencia supone una restricción cierta y profunda a la autonomía, que no privilegia con igual intensidad el valor de la vida, pues, como se ha explicado, ya se exigen otras circunstancias de salud en el artículo 106 del Código Penal. En cambio, regló que la condición que debe acreditarse es el padecimiento de un intenso sufrimiento físico o psíquico resultante de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable: *“la condición de enfermedad terminal efectivamente puede llevar al desconocimiento de la prohibición de someter a una persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes, puesto que: (i) imponer a una persona soportar el sufrimiento derivado de enfermedad o lesión grave e incurable implica someterla a tratos y penas inhumanas, crueles y degradantes; (ii) no resulta justificable que una persona pueda elegir terminar su vida en esas condiciones cuando recibe el diagnóstico de enfermedad terminal, pero no cuando no lo tiene, pues en el primer caso, razonablemente, su sufrimiento se extenderá por un tiempo más corto que en el segundo; (iii) estos padecimientos intensos no suponen en realidad un beneficio para el bien jurídico de la vida, dadas las condiciones ya exigidas por el tipo penal (enfermedad grave e incurable que provoca intensos sufrimientos); (iv) en torno al sufrimiento y el dolor una vertiente considera que es posible identificar el dolor a partir de criterios objetivos, y otra lo describe como una experiencia*

esencialmente subjetiva; (v) la Sala respeta ambas corrientes, pero en el ámbito del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, existe una subregla que privilegia la dimensión subjetiva”.

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

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

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

Las cuatro dimensiones a las que se hace referencia son: i) la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; ii) la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; iii) la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; iv) y la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

En la sentencia T- 239 de 2023, la Corte estudió el caso de una ciudadana de 51 años de edad diagnosticada con Esclerosis Lateral Amiotrófica

(ELA) quien manifestó, a través de documento de voluntad anticipada, su deseo de morir a través del procedimiento de eutanasia, en caso de encontrarse con un diagnóstico de *“enfermedad terminal o agonía”*. Pese a la intención de la paciente, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente del Instituto Colombiano del Dolor (Incodol) negó el procedimiento a morir con dignidad a través de eutanasia.

En dicha providencia, la Corte advierte sobre las consecuencias de la comisión legislativa por parte del Congreso de la República al resaltar que en la actualidad, *“las autoridades y particulares que prestan servicios de salud no tienen un marco jurídico claro que les permita ejercer sus funciones derivadas de la protección del derecho a la vida en su componente relativo a garantizar la posibilidad de una muerte digna”*. En este sentido, el órgano constitucional advierte que la falta de regulación en la materia se traduce en barreras de acceso al ejercicio del derecho fundamental y dificulta el trabajo de los profesionales en la salud. Por tal motivo, en su último pronunciamiento, el tribunal constitucional reconoce la urgencia de crear un marco normativo que regule el tema y exhorta nuevamente al Congreso de la República para que proceda a legislar sobre el asunto de manera integral a través de una Ley Estatutaria.

En las más recientes decisiones al respecto de este tema (T- 445 de 2024 y T-057 de 2025) la Corte Constitucional ha reiterado el exhorto al Congreso para que legisle en la materia. Por ejemplo, en la sentencia T-445 de 2024, la Corte determinó que: *“el vacío en la legislación, aunque en nada afecta el derecho a morir en condiciones de dignidad, sí constituye en una barrera que incide directamente en su eficacia. La omisión de regulación frente a este derecho fundamental genera obstáculos en la materialización del consentimiento informado del paciente e incertidumbre en los médicos e instituciones responsables de prestar el procedimiento de eutanasia”* y agregó: *“el Congreso de la República es el encargado de regular a través de una ley estatutaria la muerte digna como un derecho fundamental”*. Por su parte en la sentencia T-507 de 2025, la Corte reiteró: *“los exhortos al Congreso de la República efectuados por esta corporación, entre otras, en las sentencias C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, C-233 de 2022, T-239 de 2023 y T-445 de 2024, para que, en desarrollo de su potestad de configuración normativa, avance en la protección de una muerte digna, con miras a eliminar las barreras aún existentes para el libre ejercicio de la autodeterminación de las personas en aplicación de sus derechos fundamentales a una vida digna y al libre desarrollo de la personalidad y al respeto de la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes”*.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, estrechamente relacionado con la

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

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

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

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

La inacción del Legislativo por regular la materia en un rango estatutario ha dado lugar a que a una inseguridad jurídica e inestabilidad que afecta de manera directa a la ciudadanía en general en el acceso al derecho y a los profesionales de la salud en la prestación de los servicios que garanticen el goce efectivo de la muerte digna. Tal y como lo ha reconocido la Corte Constitucional en la jurisprudencia antes mencionada, ese vacío normativo supone un riesgo para la eficacia del derecho y para los intereses y la situación jurídica de ciudadanos y profesionales de la salud.

Respecto del derecho a morir dignamente y la muerte médicamente asistida. la relación entre ambos conceptos y las reglas jurisprudenciales que los gobiernan:

Sobre el derecho a la muerte digna

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

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

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

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

Sobre la muerte médicamente asistida

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

El concepto de eutanasia etimológicamente responde a la noción de *“buena muerte o buen morir”*. De esa forma, el término eutanasia se emplea popularmente para hacer referencia al procedimiento de la muerte médicamente asistida toda vez que permite que quien lo solicite descanse e interrumpa el sufrimiento insoportable, mediante la muerte. (Marín-Olalla, 2018).

Es preciso advertir que un error común es considerar que la eutanasia o la muerte médicamente asistida equivale a los procesos eugenésicos que por ser discriminadores y atentar contra la dignidad humana son incompatibles con nuestra carta política. El tratadista Marín Olalla (2018) aclara la confusión al precisar que en realidad la eutanasia o la muerte médicamente asistida no puede comprenderse bajo los lentes del homicidio: *“porque es imposible que una muerte sea, a la vez, voluntaria y contra la voluntad de una persona. Por esta razón, el concepto de eutanasia involuntaria es un oxímoron; si no es voluntaria, quizá sea un homicidio compasivo, pero no una eutanasia”*.

Tal precisión ha ocupado a la Corte Constitucional desde los albores del estudio jurisprudencial de la materia. Así, en providencias axiales para la comprensión actual del alcance de la muerte médicamente asistida como la C-239 de 1997 y la C-233 de 2021 el Alto Tribunal ha advertido que

bajo ninguna consideración la muerte médicamente asistida puede ser considerada como una práctica eugenésica. La distinción, entre otras, yace en que la primera es voluntaria, consentida y garantiza el principio de dignidad humana mientras la segunda no lo es y resulta nugatoria del referido principio.

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

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

Valga advertir que el presente proyecto de ley se enfoca en la modalidad de la muerte médicamente asistida toda vez que es el elemento del derecho fundamental a la muerte digna respecto del cual la Corte Constitucional ha echado de menos una regulación legal que lo ampare. No ocurre tal cosa con los cuidados paliativos que fueron legalmente reconocidos y regulados por la Ley 1733 de 2014 y que también tienen un amparo convencional adoptado por Colombia a través de la Ley 2055 de 2020.

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

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

- La muerte médicamente asistida es una de las múltiples dimensiones del derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente a la muerte digna.
- El acceso a la muerte médicamente asistida y el goce del derecho a la muerte digna permite a la persona ejercer su autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y vivir con dignidad. Toda restricción arbitraria a ese derecho fundamental repercute negativamente en el goce de otros derechos como la salud, la intimidad personal y familiar e impone tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- El derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte médicamente asistida o eutanásica. No existe incompatibilidad entre las tres facetas, pueden ser concomitantes y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de la persona en el umbral de su muerte. No puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.
- El Estado está en la obligación de garantizar y desarrollar los mecanismos normativos para regular la muerte médicamente asistida y para garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. El vacío normativo existente en materia de muerte médicamente asistida supone una amenaza para el goce efectivo del referido derecho fundamental.
- El acceso a la muerte médicamente asistida está orientado por los principios de prevalencia de la autonomía, celeridad, oportunidad e imparcialidad. El eje central, tanto para acceder como para desistir a los tratamientos es la voluntad del paciente.
- El acceso a la muerte médicamente asistida está condicionado por tres requisitos: i) acreditar el consentimiento informado del paciente, ii) el procedimiento sea practicado por un médico, iii) la persona debe padecer de una enfermedad grave e incurable o lesión corporal que cause un intenso sufrimiento físico o psíquico. No es necesario acreditar la existencia de una enfermedad terminal ni el pronóstico médico de muerte próxima.
- Para determinar el grado de intenso sufrimiento y/o dolor físico o psíquico hay dos concepciones. Una que considera que este es identificable a partir de criterios objetivos y otra que lo reconoce como una experiencia esencialmente subjetiva. Debe prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo del paciente para determinar la presencia de un intenso sufrimiento físico o psíquico.
- El Estado no puede castigar, mucho menos por vías penales, a quien garantice o participe en el acceso a la muerte médicamente asistida cuando esta ocurra con el lleno de los requisitos exigidos.
- El profesional de la salud podrá objetar conciencia por escrito para negarse a practicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida por considerarlo incompatible con sus convicciones personales. En esos casos

la EPS debe, en menos de 24 horas, reasignar a otro profesional de la salud para realizar el procedimiento.

- El consentimiento del paciente debe ser previo, libre, informado, inequívoco, reiterado y podrá ser expresado tanto de forma verbal como escrita. Que sea previo implica que el consentimiento podría ser previo a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Que sea libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros. Que sea informado implica que los especialistas deben brindar al paciente y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida de un ser humano; y por inequívoco se tiene que debe tratarse de una decisión consistente y sostenida. Así el consentimiento debe partir de la información adecuada y pertinente brindada por el médico tratante.
- La confirmación del consentimiento deberá darse dentro de un término razonable para no hacer nugatorio el acceso al derecho fundamental. El término de la confirmación del consentimiento en ningún caso deberá ser superior a diez días calendario, para dar paso a la programación del procedimiento de muerte médicamente asistida en el menor tiempo posible y, en cualquier caso, en un máximo de quince días contados desde la reiteración de la decisión.
- El paciente puede desistir en todo momento de su solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida.
- Cuando el paciente se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad podrá hacerse valer un documento de voluntad anticipada o el consentimiento sustituto por parte de un familiar o representante legal del paciente para que este último acceda a la muerte médicamente asistida. En el proceso de consecución del consentimiento sustituto se debe inferir que persigue la mejor condición para el paciente e indagar por la posición que expresaría la persona en caso de estar consciente o habilitada para hacerlo. No se podrá exigir ambos requisitos (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada), pues con uno de los dos, basta.
- En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida, se deberá realizar un examen más estricto del cumplimiento de las otras dos condiciones para acceder a esta modalidad de muerte digna.
- Los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a las entidades públicas con competencia en la materia, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impiden el goce efectivo de la muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida. Deberán ajustar sus protocolos para facilitar en cumplimiento de la normativa que regule el acceso a la muerte médicamente asistida y a la muerte digna.
- Los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho a la muerte digna y por ende también pueden acceder a la muerte médicamente asistida.
- Prohibir la aplicación de la muerte médicamente asistida a los niños, niñas y adolescentes implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y llevaría a admitir tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad.
- Las condiciones de acceso a la muerte digna y a la modalidad de muerte médicamente asistida en niños, niñas y adolescentes deben ser diferenciales respecto del resto de la población. Se deben adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad.
- Aunque por regla general los niños, niñas y adolescentes expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del niños, niñas y adolescentes lo permitan. De forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente. En estos eventos, los padres, personas o entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación.
- La regulación de la muerte médicamente asistida y del derecho fundamental a morir dignamente debe darse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.
- Se deben garantizar ciertos derechos a los familiares del paciente como apoyo médico, social, espiritual y psicológico.

Se desprende también de la jurisprudencia constitucional que la regulación legal de la

muerte médicamente asistida debe considerar, cuando menos, los siguientes elementos:

- Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad o lesión que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir.
- Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso. Esto incluye: al médico y comités científicos interdisciplinarios en las EPS, con las funciones de (i) acompañar al paciente y su familia durante el proceso; (ii) garantizar asesoría a la familia en los momentos posteriores a la muerte, a nivel psicológico, médico y social, para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de la decisión de solicitar el procedimiento de acceso a la muerte digna, como del propio deceso del paciente. Este servicio de atención y ayuda debería darse durante las fases de decisión y durante el procedimiento, y garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Los comités deberían también (iii) poner en conocimiento de las autoridades cualquier posible irregularidad, falta o delito.
- Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc. Esto incluye la modalidad de documento de voluntad anticipada y de consentimiento sustituto.
- Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico.
- Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones. Esto incluye capacitaciones a los actores del sistema de salud sobre el alcance, contenido e importancia del derecho fundamental a la muerte digna.
- Incorporación de las cuatro dimensiones del derecho a la salud, a saber: (i) la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; (ii) la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos

al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; (iii) la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y (iv) la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

- En el caso del procedimiento para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida las etapas generales serán las siguientes: (i) la manifestación libre del niño, niña o adolescente -NNA, de sus padres, o de sus representantes legales, de que padece una enfermedad terminal y sufre dolores intensos que lo llevan a querer ejercer el derecho a la muerte digna; (ii) tal manifestación deberá hacerse ante el médico tratante; (iii) la convocatoria del comité científico interdisciplinario por parte del médico tratante; (iv) la reiteración de la intención inequívoca de morir. Establecido el cumplimiento de los requisitos, en un plazo no superior a diez días calendario se le preguntará al paciente si se mantiene en su decisión; (v) en caso de que la respuesta sea afirmativa, el comité determinará el cumplimiento de los requisitos y programará el procedimiento para el momento que indique el paciente o máximo en el término de quince días después de reiterada su decisión. En cualquier momento los niños, niñas o adolescentes, o sus representantes podrán desistir de su decisión; (vi) el estudio de las solicitudes en cada etapa deberá considerar la madurez emocional de cada niño, niña o adolescente y, cuando sea aplicable, diseñar mecanismos para la manifestación del consentimiento sustituto por los dos padres del menor de edad o quienes tengan su representación legal.

Situación actual. barreras, problemas y cifras de acceso a la muerte médicamente asistida en Colombia

De acuerdo con información provista por el Ministerio de Salud y Protección Social desde el 2015 y a corte del 31 de diciembre de 2023, se habían realizado y reportado en Colombia 421 procedimientos de muerte médicamente asistida de los cuales solo 1 caso corresponde a un menor de edad.

Se puede considerar que existe un subregistro toda vez que solo se registran las solicitudes que

culminan con la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Por ende, queda claro que el Ministerio de Salud y Protección Social no lleva recuento de las solicitudes que por voluntad del paciente o por barreras de acceso no alcanzan a garantizar el derecho a morir dignamente.

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

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

Conforme con el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia del Ministerio de Salud y Protección Social y de la información provista por ese Ministerio, desde el 2015 la recomendación técnico-científica para que el procedimiento sea efectivo y rápido es aplicar alguno de los siguientes cinco medicamentos: Lidocaína sin epinefrina, Midazolam, Fentanyl, Propofol o Tiopental Sódico o Vecuronio. Esto en dosis que van respectivamente entre los 2mg/kg, 1mg/kg, 25mg/kg, 20 o 30mg/kg y 1mg/kg. A su vez, el tiempo de latencia reportado para los referidos fármacos es respectivamente de 10, 30, 30-45, 30-45, 30-45 o 90 segundos.

A su turno, la Superintendencia de Salud, en la intervención que realizó ante la Corte Constitucional en el proceso que dio lugar a la sentencia C-233 de 2021, reportó que había recibido 38 quejas, reclamos o solicitudes relacionadas con la aplicación de diferentes mecanismos para acceder a la muerte digna. De acuerdo con la Superintendencia son siete los asuntos centrales sobre los que versan esas peticiones, quejas y sugerencias, a saber: (i) la demora para la autorización de los procedimientos; (ii) la falta de oportunidad para la asignación especializada; (iii) la tardanza en la autorización de los procedimientos y medicamentos no incluidos en los planes básicos de salud; (iv) las quejas originadas en el seguimiento a derechos de petición; (v) la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención; (vi) la demora o ausencia de autorización de cirugías o de entrega de medicamentos excluidos de los planes básicos de salud; y (vii) la existencia de un conjunto de

quejas asociadas a problemas de información sobre los servicios, los derechos, deberes y trámites para el acceso a la muerte digna.

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

Perspectiva comparada de la regulación del derecho a morir dignamente y en particular de la muerte médicamente asistida.

A nivel global, el derecho a morir dignamente y en particular el mecanismo de muerte médicamente asistida no ha estado exento de debate. El reconocimiento del referido derecho y de la mencionada modalidad para ejercerlo ha sido el producto de discusiones democráticas en los congresos y parlamentos, de la acción del poder judicial y de mecanismos de participación directa como los referendos.

Así las cosas, en el mundo este ha sido un derecho que se encuentra o bien positivizado por textos legales o que ha sido desarrollado y reconocido por vía jurisprudencial. Estados como Canadá, Holanda, Bélgica, Estados Unidos y Luxemburgo fueron pioneros en alcanzar textos legales que regulan el ejercicio de la potestad de poner fin a la vida con asistencia médica.

Autores como Marín-Olalla (2018) señalan que en todo caso la denominación legal del derecho a la muerte digna y de la muerte médicamente asistida varía en cada locación: *“en los Países Bajos, país pionero en su regulación, la ley de eutanasia (2002) se llama “de terminación de la vida” a petición propia, mientras que en Bélgica se llama “ley de eutanasia” (2002). En Oregón, el suicidio asistido se regula en la “ley de muerte con dignidad” (Death with Dignity Act, 1998), y en California, en la “ley de opción al final de la vida” (End of Life Option Act, 2015). En Canadá, es la “ley de ayuda médica para morir” (Medical Assistance in Dying, 2016), y en Victoria Australia) es la “ley de muerte voluntaria asistida” (Voluntary Assisted Dying Bill, 2017)”*.

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

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

| País | Año de la discusión | Medio | Sentido y alcance del reconocimiento |
|-----------------|---------------------|---|---|
| Ecuador | 2024 | Poder judicial | La Corte Constitucional resolvió una acción pública de inconstitucionalidad contra el delito de homicidio simple y determinó que el derecho a morir dignamente será constitucional siempre y cuando lo realice un médico cuando una persona exprese su consentimiento inequívoco, libre e informado de acceder a un procedimiento de eutanasia activa por el padecimiento de sufrimiento intenso proveniente de una lesión necesariamente de carácter corporal, grave e irreversible o una enfermedad que sea grave e incurable. La Corte consideró que el supuesto planteado se relaciona con los derechos a la vida digna y al libre desarrollo de la personalidad (autonomía), por lo que, tras efectuar un examen concluye que la vida admite excepciones a su inviolabilidad cuando busca proteger otros derechos. |
| Portugal | 2023 | Poder legislativo. | Se aprobó que los mayores de 18 años de nacionalidad portuguesa o con residencia en el país podrán solicitar asistencia médica para morir si padecen una enfermedad terminal y un sufrimiento intolerable. Se autoriza la eutanasia en caso de que el suicidio médico sea imposible por problemas físicos del paciente. |
| Francia | 2022 | Desarrollo jurisprudencial (Actualmente cursa un proyecto de ley) | El Tribunal Supremo reabrió la vía para desconectar a Vincent Lambert, hombre de 42 años tetrapléjico desde 2008 producto de un accidente. Permitir la muerte médicamente asistida o el suicidio asistido. |
| Irlanda | 2021 | Poder legislativo. Dying with Dignity Bill. | Se encuentra regulada la Muerte médicamente asistida y existe la protección contra acciones penales a los involucrados en prestar los servicios de muerte médicamente asistida. |

| | | | |
|----------------------|---|---|--|
| Nueva Zelanda | 2021 | Poder legislativo. (End of choice act 2019) | Muerte médicamente asistida mediante auto administración de medicamentos o administración de medicamentos por parte de un médico para causar la muerte. Protección penal para quien desarrolle el procedimiento. |
| Alemania | 2020 | Poder judicial. | El máximo tribunal alemán determinó que es inconstitucional el artículo de código penal que prohibía el suicidio asistido. Reconoció que esa práctica es manifestación del derecho a una muerte autodeterminada que comprende la libertad de quitarse la vida y la libertad de buscar la asistencia de terceros para hacerlo. |
| Austria | 2020 | Poder judicial. Y posterior desarrollo legislativo. | El máximo tribunal austriaco determinó que es inconstitucional el artículo del código penal que prohibía la asistencia o ayuda al suicidio. Reconoció que esa práctica se da en ejercicio legítimo de la libre autodeterminación y guarda relación con la vida, la vida privada y la igualdad. Reconoció el derecho a la muerte digna y a organizar la vida propia. |
| Suiza | Principios siglo XX (se despenalizó el suicidio) | Poder legislativo (Código penal) | Suicidio medico asistido por motivos no egoistas. |
| Luxemburgo | 2009 | Poder legislativo. | La muerte médicamente asistida se permitió para los enfermos terminales y aquellos que padecen una enfermedad incurable o están en una situación que no tiene cura, sólo cuando hayan pedido morir reiteradamente y con el consentimiento de dos médicos y un grupo de expertos. |

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| Holanda | 2002 | Poder legislativo. (Ley de terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido). | Están reguladas las siguientes modalidades de muerte digna: Eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos. La persona debe manifestar su voluntad de manera fundamentada. Se permite la expresión de voluntad anticipada y esta no debe estar escrita pero sí expresada. El médico a cargo debe consultar la segunda opinión de otro médico sobre el cumplimiento de los requisitos. |
| España | 2021 | Poder legislativo (Ley orgánica de regulación de la eutanasia) | Está regulada la eutanasia y la muerte médicamente asistida en las modalidades de administración directa o administración por parte de la persona. La persona debe acceder a la información por escrito sobre el proceso médico y las alternativas para aliviar el dolor y solicitarlo voluntariamente. Debe manifestar su voluntad mediante consentimiento informado y quienes asisten, faciliten, la muerte médicamente asistida está legalmente protegidos para no enfrentarse a procesos penales ni disciplinarios. |
| Estados Unidos | 1997 - 2021 (Según discusión por estado) | Poder legislativo del estado y sentencia judicial (Montana). | <p>En Estados Unidos las regulaciones datan de 1997 hasta 2021 según los distintos estados en donde se han aprobado modalidades de muerte digna. Son once los estados que permiten la muerte médicamente asistida. Diez de ellos por vía legal y uno por intermedio de una sentencia judicial que es el caso de Montana, estado en el que también se establece protección penal al médico encargado de realizar el procedimiento de asistencia al suicidio.</p> <p>Los 11 estados que permiten el suicidio asistido mediante administración de medicamentos letales y autoadministración son: California, Distrito de Columbia (Washington D.C.), Colorado, Hawái, Maine, Montana, Nueva Jersey, Nuevo México, Oregón, Vermont y Washington</p> |

| | | | |
|------------------|-------------------|---|---|
| Canadá | 2015 - 2016 | <p>Poder judicial (2015 - La Corte Suprema dictaminó que prohibir el suicidio asistido privaba a los canadienses de su dignidad y autonomía, y le otorgó un año al Parlamento para legislar sobre el asunto).</p> <p>Poder legislativo (2016)</p> | <p>El programa de asistencia médica para morir de Canadá, conocido por sus siglas 'MAID', ha estado disponible para adultos con enfermedades terminales. En 2021, se modificó la ley para incluir a las personas con afecciones físicas graves y crónicas, incluso si esa afección no representaba una amenaza para la vida.</p> |
| Bélgica | 2014 | <p>Poder legislativo. Loi relative à l'euthanasie (Ley 28 de mayo de 2002, modificada el 28 de 2014)</p> | <p>Está regulada la eutanasia. El suicidio asistido no está regulado pero se practica en los mismos términos y condiciones que la eutanasia. Un médico constata los requisitos. Si considera que la muerte no será en el corto plazo debe consultar con un segundo médico. El plazo desde la solicitud hasta la práctica es de un mes.</p> |
| Australia | 2017, 2019 y 2021 | <p>Poder legislativo. Parlamento del Estado de Victoria, Parlamento del Estado de Western Australia, parlamento de Tasmania. A través de las leyes: Voluntary Assisted Dying Act y End-of-Life Choices - Voluntary Assisted Dying Act.</p> | <p>En Australia el poder legislativo a través de sus parlamentos ha reglamentado la modalidad y el procedimiento de acceso para la muerte digna. Tanto en El Estado de Victoria, de Western Australia y de Tasmania: Esta reglamentado el suicidio asistido y la muerte médicamente asistida. El médico autoriza la solicitud para administrar el medicamento o para auto administrarse. Además, el médico evalúa las capacidades de la persona, y aquellos que asistan o faciliten la muerte médicamente asistida están legalmente protegidos y no enfrentan procesos legales ni disciplinarios.</p> |

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

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

En la actualidad, son 12 los países en los que existen normas de carácter legal que permiten el ejercicio de la muerte digna. Esos Estados son: Irlanda, Portugal, Suiza, Nueva Zelanda, Luxemburgo, Holanda, Estados Unidos, España, Canadá, Bélgica, Chile y Australia. A ellos, como se expresó se deberían sumar Colombia, Austria, Francia y Alemania para un total de 15 países donde bien por medio legal o jurisprudencial los ciudadanos gozan de esa posibilidad.

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

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

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

A su vez, pese a que la mayoría de las regulaciones demandan que se trate de enfermedad terminal, las regulaciones más recientes tienden a reconocer mayor flexibilidad o amplitud en las condiciones médicas para acceder a la muerte médicamente

asistida. En esa corriente parece insertarse la Corte Constitucional colombiana al privilegiar la dignidad humana y modificar la subregla en atención a lo cual basta con padecer un sufrimiento insoportable y no se hace exigible ser paciente de enfermedad terminal.

Llama la atención que contrario a lo que se ha desarrollado en Colombia, en múltiples Estados es dable que el paciente sea quien de manera autónoma se aplique el medicamento que le ocasiona la muerte. Pese a ello, en todos los casos es menester la autorización y observancia de los requisitos por parte de un médico.

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

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

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

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

Otro posible argumento en contra de regular la muerte médicamente asistida refiere que la calidad de los cuidados paliativos puede empeorar como consecuencia de la flexibilización o del incremento en la facilidad de acceso a los procedimientos

eutanásicos. Sin embargo, los casos de Holanda y Bélgica que regularon la muerte médicamente asistida en 2002 desmienten esa tesis. De acuerdo con Bernheim, Chambaere *et. al.* (2014), citado también por el proyecto de Ley 007 de 2021 Cámara, los sistemas de cuidados paliativos de estos dos países en 2005 alcanzaron los niveles de calidad de Estados como España y Reino Unido, punteros europeos en esa materia. Entre otras, señalan los autores, que ese logro se debió a un compromiso político que se tradujo en medidas concretas. Por ejemplo, en Bélgica la inversión para los sistemas de cuidado paliativo aumentó en 10% luego de la aprobación de la regulación que permitió el acceso a la muerte médicamente asistida.

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

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

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

Establecer criterios normativos de carácter legal para el ejercicio de la muerte médicamente asistida no implica la renuncia a las creencias o convicciones morales propias. De ningún modo comporta la imposición de la eutanasia a nadie. Al contrario, deviene en el reconocimiento máximo de la libertad no solo para permitir que cada uno actúe conforme sus principios morales y religiosos, sino para permitir que decida de acuerdo con su voluntad y preferencias en el último acto de la vida como lo es la muerte. La aprobación de este proyecto de ley

coadyuva a materializar el proyecto constitucional de 1991 garantizando los derechos fundamentales de la población y acercando la posibilidad compartida de cohabitar una sociedad más digna.

5. SOBRE LA NATURALEZA DE LAS LEYES ESTATUTARIAS

Se considera que el presente proyecto de ley debe ser tramitado por vía de Ley Estatutaria atendiendo a lo dispuesto en los artículos 152 de la Constitución y 207 de la Ley 5ª de 1992, pues serán leyes estatutarias aquellas que regulen derechos y deberes fundamentales de las personas y establezcan procedimientos para su protección.

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

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

6. IMPACTO FISCAL

El artículo 7º de la Ley 819 de 2003¹ señala que uno de los requisitos propio del trámite legislativo es que las iniciativas que comporten una orden de gasto o que concedan un beneficio tributario contengan un análisis el impacto fiscal de las normas propuestas y de su compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo².

Ese requisito formal busca velar por la sostenibilidad de las finanzas públicas y garantizar la estabilidad macroeconómica. Además, opera como un mecanismo de transparencia para asegurar la implementación y aplicación efectiva de las leyes³. La Corte Constitucional en su jurisprudencia ha fijado ciertas reglas para identificar las normas que conceden beneficios tributarios y las que ordenan un gasto. Ello, para poder determinar cuándo se hace exigible el requisito contenido en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003.

En consecuencia, la alta Corte ha indicado que una norma otorga un beneficio tributario cuando pone en posición de privilegio o propone un trato

¹ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

² Corte Constitucional, Sentencias C-134 de 2023, C-170 de 2021, C-133 de 2022.

³ Corte Constitucional, Sentencias C-502 de 2007, C-315 de 2008, C-373 de 2009, C-124 de 2022, C-133 de 2022, C-175 de 2023, entre otras.

preferencial para una persona o una actividad sujeta a tributar respecto de otras. Ello, en relación con una obligación preexistente⁴. Ese tipo de disposiciones requiere el referido análisis de impacto fiscal toda vez que su implementación conlleva la reducción de los ingresos tributarios que obtiene la nación⁵.

Por otro lado, en el entendimiento de la Corte Constitucional, las normas que ordenan gasto son aquellas que establecen con claridad un mandato imperativo de gasto que, además, sea un título jurídico suficiente y obligatorio para incluir una nueva partida presupuestal en la ley de presupuesto. Dentro de ese abanico de normas están las que ordenan un incremento en la remuneración de algunos servidores⁶, aquellas que crean cargos, dependencias o entidades⁷, o las que necesariamente derivan en un aumento de una partida presupuestal⁸.

En la jurisprudencia constitucional se ha advertido que existen otras normas que pueden conllevar impactos fiscales, pero que no requieren el cumplimiento del requisito formal previsto en la Ley 819 de 2003 para su aprobación. Entre ellas figuran las disposiciones que (i) únicamente autorizan un gasto que puede ser o no incluido en el presupuesto conforme la voluntad del Gobierno Nacional, (ii) no determinan con claridad si ordenan o autorizan un gasto porque dejan margen para que el Gobierno defina la manera de ejecutar la disposición, (iii) simplemente habilitan la realización de arreglos presupuestales sin ordenar que se deba incurrir en un nuevo gasto o no fijan el responsable de cumplir la orden⁹, (iv) únicamente confieren competencias¹⁰

o (v) reproducen órdenes de gasto contenidas en normas anteriores que no pueden ser contrastadas por la Corte¹¹. Tampoco ordenan gasto (vi) las normas que requieren de un desarrollo normativo posterior para su implementación¹².

Con todo, la Corte ha empleado dos criterios para determinar si una norma es ordenadora de gasto. En primer lugar, el sentido literal de la norma (criterio gramatical) y, en segundo lugar, ha regulado que se debe observar la finalidad de la norma y su relación con otras y se debe revisar su posibilidad de concreción y ejecutabilidad (criterio funcional)¹³.

Así las cosas, el presente proyecto de ley no debe agotar el requisito de análisis de impacto fiscal contenido en la Ley 819 de 2003, toda vez que se trata de una iniciativa normativa que no tiene efectos fiscales directos. Lo anterior, por cuanto el proyecto de Ley Estatutaria tiene por objeto regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna en las modalidades de rechazo terapéutico, adecuación del esfuerzo terapéutico y 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. Esta regulación no ordena un gasto público adicional ni crear nuevas erogaciones obligatorias para el Estado. Las funciones y responsabilidades asignadas a las entidades de salud se enmarcan dentro de sus competencias legales vigentes y podrán ser cumplidas mediante la redistribución y priorización de los recursos existentes. En tal sentido, el objeto del proyecto no modifica los gastos fiscales asociados al funcionamiento del Estado, no concede beneficios tributarios, no crea nuevas obligaciones presupuestales, ni comporta impacto fiscal estructural alguno.

7. CONFLICTOS DE INTERESES

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

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

Así, es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación, conforme a

⁴ Corte Constitucional, Sentencia C-134 de 2023 que al respecto reitera la sentencia C-520 de 2019. También se puede ver la sentencia C-175 de 2023.

⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-170 de 2021.

⁶ Corte Constitucional, Sentencia C-075 de 2022.

⁷ Corte Constitucional, Sentencias C-134 de 2023, C-955 de 2007. Salvo cuando señalan que la financiación de esos costos debe darse con arreglo a los ajustes presupuestales que realice el ejecutivo. Al respecto ver la sentencia C-1011 de 2008.

⁸ Corte Constitucional, Sentencia C-856 de 2006.

⁹ Al respecto se debe destacar la Sentencia C-282 de 2021 en la que la Corte concluyó tras estudiar la constitucionalidad de un proyecto de ley estatutaria sobre una política pública de educación financiera, que una disposición tendiente a ordenar la publicación y revisión de material pedagógico por parte del Gobierno no constituía una orden de gasto porque una interpretación posible de la norma indicaba que el Gobierno Nacional podría cumplirla con recursos previamente previstos en apropiaciones presupuestales previas. A su vez, en la Sentencia C-765 de 2012 la Corte señaló que una norma que asignaba deberes, competencias y responsabilidades a varias entidades del Estado para garantizar las políticas en favor de las personas con discapacidad no debía cumplir el requisito de impacto fiscal porque, aunque las normas propuestas requerían gastos, se trataba del reconocimiento de competencias administrativas que no implicaban nuevas erogaciones presupuestales.

¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia C-134 de 2023.

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia C-134 de 2023.

¹² Corte Constitucional, Sentencia C-134 de 2023, que al respecto reitera las sentencias C-085 de 2022 y C-395 de 2021.

¹³ Corte Constitucional, Sentencia C-093 de 2024.

lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso.

8. **CONCLUSIÓN:**

El Congreso de Colombia tiene ante sí una oportunidad histórica para garantizar el respeto por la dignidad humana, fortalecer la autonomía individual y modernizar el sistema de salud bajo un enfoque de derechos. La regulación de la muerte médicamente asistida como modalidad del derecho fundamental a morir dignamente permite saldar una deuda ética, jurídica y social con las personas que enfrentan sufrimientos intolerables.

Esta iniciativa representa un avance decisivo hacia la consolidación de un marco legal que pone en el centro la voluntad del paciente, la equidad en el acceso a los servicios de salud y el respeto por la diversidad de creencias y decisiones frente al final de la vida. Al garantizar rutas claras, acompañamiento profesional y mecanismos de control, se evita la arbitrariedad institucional y se promueve un trato compasivo y respetuoso con quienes desean ejercer este derecho.

El Congreso tiene la responsabilidad y la capacidad de transformar este proyecto en una herramienta que reafirme los derechos fundamentales en Colombia. Es una oportunidad para construir una sociedad más justa, donde morir con dignidad no sea un privilegio, sino una garantía efectiva para todas las personas, especialmente las que más sufren.

9. **PLIEGO DE MODIFICACIONES**

El proyecto mantiene el mismo articulado que fue presentado a la Secretaría de la Cámara de Representantes y en esta ponencia no se le hace ninguna modificación.

10. **PROPOSICIÓN**

Con fundamento en las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva sin modificaciones para primer debate, y solicito a las/los honorables Representantes que integran la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, dar primer debate **AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2025 CÁMARA**, *por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones*, conforme al texto propuesto.

Cordialmente,



JUAN CARLOS LOZADA VARGAS

Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Liberal Colombiano

10. **TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 006 DE 2025 CÁMARA**

por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

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.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 1º. Objeto. Esta ley tiene por objeto regular el acceso al derecho fundamental a la muerte digna en las modalidades de rechazo terapéutico, adecuación del esfuerzo terapéutico y 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.

Artículo 2º. Principios orientadores del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida. La aplicación e interpretación del derecho a morir dignamente mediante la modalidad de muerte médicamente asistida debe guiarse por los siguientes principios:

2.1. **Prevalencia de la autonomía de la persona.**

La voluntad del paciente será respetada y primará durante todo el trámite de la solicitud de muerte médicamente asistida. Los médicos intervinientes en el proceso y en la aplicación de la muerte médicamente asistida deberán analizar las solicitudes relativas a este procedimiento atendiendo siempre a la voluntad de la persona.

2.2. **Mejor interpretación de la voluntad.**

En caso de que la persona se encuentre imposibilitada para manifestar su voluntad, se podrá indagar por esta con base en su escala de valores, creencias y preferencias. De este modo podrá acreditarse el consentimiento a través de terceros facultados para realizar la mejor interpretación de la voluntad de la persona de conformidad con lo previsto en la presente ley para esos casos.

2.3. **Celeridad y prohibición de barreras de acceso.**

El derecho a morir dignamente no puede dilatarse en el tiempo, pues ello impone una carga excesiva a la persona, que podría derivar en tratos crueles, inhumanos y degradantes. El procedimiento y la aplicación

de la muerte médicamente asistida debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen a la persona del goce efectivo del derecho. Las barreras de acceso al servicio están prohibidas y los actores del sistema tomarán decisiones de acuerdo con este principio, por ejemplo, se prohíbe la creación de nuevos requisitos o repetición de trámites.

2.4. Oportunidad. La voluntad de la persona deberá ser respetada y atendida a tiempo evitando demoras innecesarias, sin que se prolongue su sufrimiento, al punto de que se cause su muerte en las condiciones de dolor e indignidad que, precisamente, se quisieron evitar.

2.5. Imparcialidad. Los profesionales de la salud y demás intervinientes que participen, de manera voluntaria, en el proceso de muerte médicamente asistida deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No podrán superponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso, frente al derecho. En todo caso se respetará la objeción de conciencia de las personas naturales, que podrá ser presentada en cualquier momento.

2.6. Gratuidad. La realización del procedimiento de muerte médicamente asistida será gratuita tanto para la persona solicitante como para su familia siempre y en todo lugar.

2.7. Disponibilidad. Se deberá garantizar la existencia y funcionamiento de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención en salud para que todos los titulares del derecho a la salud puedan gozar de manera efectiva del mismo bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida.

2.8. Accesibilidad y no discriminación. Los bienes, servicios, profesionales y centros de atención en salud relacionados con la aplicación de la muerte médicamente asistida deberán ser accesibles en términos geográficos, físicos y económicos para toda la población, especialmente para las personas sujetos de especial protección constitucional.

Las autoridades y personas jurídicas competentes, según sea el caso, deberán adecuar la infraestructura, los servicios, procedimientos, reglamentos y mecanismos de transmisión de la información y de verificación de los requisitos que esta ley plantea para garantizar el acceso a la muerte médicamente asistida. Como resultado de los ajustes se deberán desmontar y prevenir que se constituyan barreras que impidan o dificulten el goce efectivo del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida. Las EPS e IPS, o las instituciones que hagan sus veces, deberán tener rutas virtuales y físicas, con canales

asequibles, de fácil uso, para la radicación de las solicitudes de muerte médicamente asistida que se presenten por fuera de una atención médica.

La aplicación de la muerte médicamente asistida y del derecho a morir dignamente se debe garantizar en condiciones de igualdad formal y material para todas las personas titulares del derecho. No se puede impedir el acceso a la muerte médicamente asistida con criterios diferentes a los que esta ley establezca. En ningún caso podrán imponerse barreras o distinciones arbitrarias basadas en el género, la orientación sexual, la raza o etnia, la condición económica, las creencias religiosas, y las concepciones políticas de las personas involucradas en el procedimiento de la muerte médicamente asistida.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o las instituciones que hagan sus veces, deberán garantizar que las IPS en zonas rurales cuenten con medios de coordinación remota con Comités Científicos interdisciplinarios. De igual manera, el Ministerio de Salud implementará programas móviles y de telemedicina para garantizar la disponibilidad de profesionales y servicios en estas zonas.

2.9. Aceptabilidad. La garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida deberá darse con arreglo a los mayores estándares éticos. No podrán desarrollarse prácticas de imposición cultural y se garantizará el debido respeto por la diversidad.

2.10. Principio de inclusión del enfoque de interseccionalidad. El principio de enfoque interseccional reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, orientación sexual, situación de discapacidad y pertenencia étnica. Por tal razón, la implementación y aplicación de todos los procesos, medidas y acciones establecidas en la presente ley contarán con dicho enfoque.

2.11. Calidad. La totalidad de los servicios y acciones vinculadas con la garantía del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida deberán cumplir con los mayores estándares científicos y médicos y con los criterios previstos en la presente ley.

2.12. Acceso a la información. El acceso pleno y permanente a la información es necesario para ejercer el derecho a morir dignamente, particularmente, en la modalidad de muerte médicamente asistida. Se debe garantizar la difusión y accesibilidad de la información entre toda la población respecto de los mecanismos, requisitos y particularidades para ejercer el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida.

Todos los involucrados en la prestación del procedimiento de la muerte médicamente asistida deberán garantizar que la persona solicitante del procedimiento y quienes reciban su autorización tengan acceso pleno y permanente a la información sobre su estado de salud, sobre el pronóstico de este y sobre la posibilidad y los mecanismos para ejercer el derecho a morir dignamente, particularmente, bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 3°. Definiciones. Para el cumplimiento de esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

3.1. Derecho a morir dignamente. Garantía constitucional de que una persona puede tener control y tomar todas las decisiones, libres e informadas, sobre el final de su existencia. Se configura como derecho fundamental, complejo, autónomo e independiente, conexo con la dignidad humana, con la vida digna, con la autonomía individual, con la salud, con la intimidad personal y familiar, con el acceso a la información, con el libre desarrollo de la personalidad y con la prohibición de sufrir tratos crueles, inhumanos o degradantes. Este derecho comprende todas las opciones al final de la vida y el cuidado integral del proceso de la propia muerte. Eso incluye las siguientes modalidades: los cuidados paliativos; la adecuación del esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida.

3.2. Muerte médicamente asistida. Es una de las modalidades constitucionalmente reconocidas para el ejercicio del derecho a morir dignamente. Es un procedimiento médico mediante el cual un médico presta la asistencia necesaria para ayudar a morir a quien así lo ha solicitado. Puede realizarse mediante la administración directa de los medicamentos por parte del médico a la persona solicitante, o mediante la entrega de los medicamentos a la persona solicitante para que, bajo supervisión médica, ella misma se los administre, conforme con los requisitos y trámites previstos en el ordenamiento jurídico.

La solicitud emana de la decisión libre, expresa, autónoma, específica, clara, informada, inequívoca y reiterada de la persona, en atención a que experimenta intolerables sufrimientos físicos o psíquicos relacionados con una enfermedad grave e incurable o con una lesión corporal.

3.3. Documento de voluntad anticipada (DVA). Es un documento con valor jurídico y cuyo contenido debe ser acatado y respetado. En este documento la persona en forma anticipada manifiesta de manera libre, expresa, autónoma, específica, clara, consciente, inequívoca e informada su voluntad y consentimiento respecto de

las diferentes modalidades para ejercer su derecho a morir dignamente. Ello puede incluir sus deseos respecto del acceso a cuidados paliativos, a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos y a la muerte médicamente asistida.

El contenido de los documentos de voluntad anticipada puede ser modificado, sustituido o revocado por su suscriptor en cualquier momento, pero su contenido será de obligatorio cumplimiento una vez la persona no se encuentre en capacidad de decidir ni de manifestar su voluntad y se acredite el cumplimiento de los requisitos legales para ejercer el derecho a morir dignamente.

3.4. Enfermedad grave e incurable. Aquella enfermedad o condición patológica debidamente diagnosticada que, a juicio de quien la experimenta, le causa impactos negativos en la calidad de vida, bienestar personal, le impide llevar a cabo de forma autónoma el proyecto de vida de la persona y que no puede ser curada con el conocimiento y tecnologías disponibles.

3.5. Lesión corporal grave e incurable. Lesión grave, incurable e irreversible, resultado de un accidente o enfermedad, que causa un sufrimiento físico o psíquico constante e insostenible e incompatible con su idea de dignidad.

3.6. Rechazo terapéutico. La persona tiene derecho a rechazar, suspender o no iniciar intervenciones o tratamientos médicos, aun cuando estos representen beneficios clínicos posibles desde el juicio técnico-científico. Este rechazo constituye una expresión legítima de su autonomía personal y debe ser respetado por los profesionales de la salud.

El rechazo terapéutico no podrá entenderse como abandono del paciente. En todos los casos, deberá garantizarse el acompañamiento, el cuidado paliativo y la atención integral en salud, conforme a sus valores, creencias y proyecto de vida.

3.7. Adecuación del esfuerzo terapéutico en el final de la vida. La adecuación del esfuerzo terapéutico es un deber profesional orientado a evitar intervenciones fútiles, inútiles o desproporcionadas en pacientes con condiciones clínicas avanzadas o terminales. Esta decisión se basa en un juicio clínico razonable, proporcional y ético, e incorpora como criterio la valoración del paciente sobre la utilidad, sentido o carga del tratamiento que se le propone. La adecuación del esfuerzo debe realizarse cuando el profesional considere que la intervención no aporta beneficio real o viola los principios de proporcionalidad, dignidad o no maleficencia que rigen la profesión. El rechazo terapéutico constituye una razón suficiente para iniciar la adecuación del

tratamiento 3.5 (previo). El paciente tiene derecho al rechazo terapéutico. Todo aquello que una persona considera que aumente su dolor o sufrimiento.

3.8. Consentimiento previo formal.

Manifestación de voluntad libre, informada y consciente, expresada por una persona con plena capacidad jurídica antes de encontrarse en una situación clínica que le impida decidir, y documentada mediante un Documento de Voluntad Anticipada (DVA), de conformidad con la normativa vigente. Tiene efectos vinculantes y prevalece mientras no haya sido revocado por el titular.

3.9. Consentimiento previo informal.

Manifestación de voluntad libre, reiterada y coherente expresada por una persona antes de perder la capacidad de decidir, sin haberse formalizado mediante Documento de Voluntad Anticipada. Puede ser reconstruida a partir de su historia clínica, expresiones verbales, conductas, valores, creencias y testimonios de personas facultadas, *atiende al principio de mejor interpretación de la voluntad*. Esta forma de consentimiento será válida siempre que permita establecer con razonabilidad la voluntad del titular y su decisión autónoma frente al final de la vida.

3.10 Consentimiento actual independiente.

Manifestación de voluntad libre, informada y consciente, emitida directamente por el titular del derecho al momento de la decisión, sin necesidad de apoyos para la comprensión, deliberación o comunicación. Corresponde al consentimiento informado tradicional que se otorga en ejercicio pleno de la capacidad jurídica y la autonomía personal.

3.11. Consentimiento actual con apoyos.

Manifestación de voluntad libre, informada y consciente, otorgada por una persona con discapacidad que, conforme a la normatividad vigente sobre el modelo social de la discapacidad (Ley 1996 de 2019), ejerce su capacidad jurídica con el acompañamiento de apoyos previamente designados. El consentimiento con apoyos requiere que el titular participe activamente en la toma de decisiones, con los ajustes razonables necesarios para facilitar la comprensión, la deliberación y la comunicación de su voluntad. En ningún caso el apoyo podrá sustituir la decisión de la persona ni actuar por ella.

3.12. Consentimiento sustituto.

Manifestación de voluntad emitida por un tercero autorizado, en nombre de una persona que no ha desarrollado autonomía a lo largo de su vida, y que no ha sido capaz, en ningún momento, de expresar de, cualquier modo, su voluntad sobre decisiones clínicas al final de la vida. El consentimiento sustituto se

otorga bajo el principio del *mejor interés del paciente*, atendiendo a la protección de su dignidad, la prevención del sufrimiento y el respeto a los derechos fundamentales, en los términos definidos por esta ley.

3.13. Participantes en la aplicación de la muerte médicamente asistida.

Para los efectos de esta ley se tendrán por participantes en el proceso que conduce a la aplicación de la muerte médicamente asistida a los siguientes sujetos o actores: la persona solicitante para recibir la muerte médicamente asistida, la familia de la persona solicitante, su red de apoyo, la persona profesional de la medicina designada para aplicar la muerte médicamente asistida, la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliada la persona solicitante o la entidad que haga sus veces, la institución prestadora de salud encargada de aplicar el procedimiento de muerte médicamente asistida, las demás personas profesionales designadas para realizar las valoraciones, quienes testifiquen en el proceso de formalización del consentimiento, y las personas que integren el Comité científico interdisciplinario para morir dignamente. Podrán considerarse como participantes según sea el caso y dentro de los límites fijados en esta ley: la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia de Salud, las Secretarías Municipales y Distritales de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social o las entidades que hagan sus veces.

3.14. Consentimiento sustituto.

Ante la ausencia de un Documento de Voluntad Anticipada debidamente formalizado y cuando la persona se encuentre en estado vegetativo o carezca de la capacidad para manifestar su voluntad informada sobre el desarrollo de estos procedimientos, existe la posibilidad extraordinaria y excepcional de que terceras personas puedan llevar a cabo la mejor interpretación de la voluntad y de las preferencias de la persona para autorizar intervenciones médicas. Por regla general serán las personas dentro del segundo grado de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente del potencial receptor de las intervenciones médicas quienes presten el consentimiento sustituto. En ausencia de estas personas, o por preferencia del potencial receptor de las intervenciones médicas, el consentimiento sustituto lo podrán prestar las personas que el potencial receptor de las intervenciones médicas hubiera designado previamente como integrantes de su red de apoyo. Para ser válido y jurídicamente vinculante el consentimiento sustituto deberá cumplir

los requisitos y trámites previstos en el ordenamiento jurídico.

3.13. Red de apoyo. La red de apoyo estará conformada por personas unidas por relaciones de confianza, familiaridad y cercanía con el potencial receptor de las intervenciones médicas dirigidas a garantizar el derecho a morir dignamente, que pueden llevar a cabo la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona para autorizar intervenciones médicas en el escenario de la aplicación del consentimiento sustituto. Deberán haber sido designadas por el potencial receptor de las intervenciones médicas. Podrán prestar el consentimiento sustituto en ausencia de las personas dentro del segundo de consanguinidad y el cónyuge o compañero(a) permanente del potencial receptor de las intervenciones médicas o cuando así lo haya preferido el potencial receptor de las intervenciones médicas.

3.14. Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Para los efectos de esta ley, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente se entenderá como aquel conformado en las instituciones prestadoras del servicio de salud para evaluar la solicitud, aprobar o denegar los procedimientos de la muerte médicamente asistida y de adecuación del esfuerzo terapéutico, así como vigilar y acompañar el trámite del procedimiento, verificando que en cada paso se cumpla con todos los requisitos previstos para la solicitud.

Estos Comités estarán integrados, según sea el caso y dentro de los límites fijados en la jurisprudencia, esta ley y los reglamentos, por un médico con especialidad en la patología que experimente el paciente, diferente al médico tratante, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico dentro de la institución prestadora del servicio de salud.

El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley, los aspectos esenciales de conformidad con sus competencias constitucionales y reglamentarias.

Artículo 4°. Complementariedad entre las diferentes modalidades de ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente. El ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente se materializa a través de múltiples modalidades entre las que se encuentran los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico y la muerte médicamente asistida.

No existe incompatibilidad entre las diferentes modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente, lo que implica que la persona puede hacer uso de las distintas modalidades de manera concomitante y todas pueden contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminación de

la persona en el umbral de su muerte. El Ministerio de Salud y Protección Social impulsará medidas para el fortalecimiento de la capacidad de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), las instituciones prestadoras de salud (IPS), o quienes hagan sus veces, para la prestación del servicio de cuidados paliativos y el esfuerzo terapéutico, eliminando todas las barreras para su acceso.

Artículo 5°. Garantías para el acceso al derecho a morir dignamente en relación con el ejercicio de las diferentes modalidades constitucionalmente reconocidas. No se podrá exigir el agotamiento o uso de una de las modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente de forma previa o como prerrequisito para hacer uso de otra de las modalidades.

No se podrá negar el acceso a una de las modalidades de ejercicio del derecho a morir dignamente aduciendo que la persona hizo previo uso de otra modalidad, salvo en los casos en los que el ejercicio del derecho se haya agotado con la ocurrencia de la muerte de la persona.

No se podrá exigir que una persona acepte o haga uso de un tratamiento que considera desproporcionado, inútil o que riña con su concepto de vida y muerte digna. Corresponderá a la persona determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna, todo esto con el apoyo de la información objetiva y profesional. Ninguna persona podrá ser coaccionada ni influenciada indebidamente en su decisión, y el proceso de decisión deberá ser respetuoso de su autonomía y voluntad.

Artículo 6°. Titulares del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida. Son titulares del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida las personas nacionales de Colombia y los extranjeros residentes en el territorio nacional. Esto incluye a las personas que tengan entre catorce (14) años cumplidos y dieciocho (18) años, quienes deberán estar representados por sus padres o representantes legales, de conformidad con lo planteado en la presente ley.

Para acceder a la muerte médicamente asistida será necesario cumplir todos los requisitos establecidos en esta ley y en la jurisprudencia. Solo aplicarán requisitos diferenciales en el caso de las personas entre los catorce (14) años cumplidos y los dieciocho (18) años.

Parágrafo. El derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad será respetado como medio para garantizar su acceso a la muerte médicamente asistida y su goce efectivo del derecho a morir dignamente. Las personas con discapacidad podrán hacer uso de los mecanismos previstos en la Ley 1996 de 2019 o en aquellas normas que la modifiquen o deroguen para manifestar su voluntad y consentimiento, el cual en todo caso deberá cumplir con los estándares previstos en la presente

ley. En ninguna circunstancia se considerará motivo suficiente para acceder a la muerte médicamente asistida el hecho de contar con una discapacidad.

Artículo 7°. Acompañamiento de la Defensoría del Pueblo y de la Superintendencia de Salud. La Defensoría del Pueblo y la Superintendencia de Salud, o las entidades que hagan sus veces, obrando en el marco de sus competencias, deberán concurrir para garantizar la correcta aplicación de las disposiciones de la presente ley y para promover el acceso y conocimiento de las condiciones de ejercicio del derecho a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida.

La Superintendencia de Salud o la entidad que haga sus veces, en ejercicio de sus competencias, deberá velar por que las empresas, entidades e instituciones del sector salud, en especial las instituciones prestadoras de salud y las entidades promotoras de salud, cumplan las disposiciones contenidas en la presente ley y garanticen el ejercicio del derecho a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida. La entidad deberá intervenir cuando advierta que ello no ocurra, a través de los mecanismos previstos para ello.

La Defensoría del Pueblo instruirá, orientará y asesorará a los habitantes del territorio nacional y a los colombianos en el exterior en el ejercicio y defensa de su derecho fundamental a morir dignamente ante las autoridades competentes o entidades de carácter privado. La Defensoría del Pueblo también promoverá y divulgará el contenido de la presente ley y los requisitos, condiciones y modalidades para ejercer el derecho a morir dignamente en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud y el Ministerio Público garantizarán dentro de sus competencias legales el correcto cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 8°. Poder reglamentario y obligaciones del Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá, en el marco de sus competencias, realizar las adecuaciones normativas y reglamentarias a las que haya lugar para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida, en los términos previstos en la presente ley. Para ello contará con seis (6) meses luego de la vigencia de la presente ley.

En relación con la aplicación de las disposiciones previstas en la presente ley el Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular la política pública correspondiente, así como dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos necesarios para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente, en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida. Todo ello, conforme lo previsto en la presente norma estatutaria.

En el cumplimiento de las referidas obligaciones el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar que la muerte médicamente asistida y el derecho fundamental a morir dignamente se dé de conformidad con los principios orientadores previstos en el artículo 2° de la presente ley y en particular con los de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá prestar asesoramiento y ayuda a las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley y el goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente en particular en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 9°. Monitoreo a la implementación de la ley y al goce efectivo del derecho a morir dignamente. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud deberán rendir un informe anual sobre el cumplimiento de sus obligaciones en relación con la garantía del derecho fundamental a morir dignamente, el acceso a la muerte médicamente asistida y sobre el cumplimiento de lo previsto en la presente ley, ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y del Senado de la República. El informe deberá darse en una sesión de las respectivas comisiones dentro del primer mes de cada legislatura.

Artículo 10. Medidas para la accesibilidad. Los diferentes actores del sistema de salud, -incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud-, están obligadas a desmontar las barreras de acceso al sistema de salud que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la muerte digna y en particular que obstan para el acceso a la muerte médicamente asistida.

Los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las entidades promotoras de salud, o quien haga sus veces, y las instituciones prestadoras de salud, tendrán seis (6) meses a partir de la entrada en vigor de la presente ley para identificar las barreras que, dentro del ámbito de sus competencias, dificultan o impiden el goce efectivo del derecho a morir dignamente, en particular mediante la modalidad de muerte médicamente asistida.

Esta evaluación deberá repetirse al menos cada tres (3) años tomando como referencia la fecha de entrada en vigor de la presente ley con la finalidad de identificar si siguen existiendo, o si se crearon nuevas barreras frente al goce efectivo de este derecho. De la misma forma, tendrán seis (6) meses siguientes a la realización de la referida evaluación para adoptar los correctivos correspondientes que permitan su desmonte.

Parágrafo 1°. Los diferentes actores del sistema de salud, -incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud-,

tendrán un (1) año tras la entrada en vigor de la presente ley para ajustar sus protocolos y las normas reglamentarias para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley y el goce efectivo del derecho a morir dignamente, particularmente en relación con la muerte médicamente asistida. Los ajustes normativos deberán considerar los hallazgos encontrados como resultado del ejercicio del que trata el presente artículo.

Parágrafo 2º. Los diferentes actores del sistema de salud, -incluyendo las entidades públicas con competencia en la materia, las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud-, tendrán un (1) año tras la entrada en vigor de la presente ley para implementar un registro previo de objeciones de conciencia, con eso, de antemano se podrá designar un médico para realizar el procedimiento.

Artículo 11. Derechos de la familia y de la red de apoyo de la persona que pretende ejercer su derecho a morir dignamente. Las personas dentro del segundo grado de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente y la red de apoyo en caso de haber sido esta designada por quien pretende ejercer su derecho a morir dignamente tienen derecho a gozar de acompañamiento médico, social, espiritual y psicológico para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de las decisiones relacionadas con el derecho a morir dignamente como del propio deceso del paciente. Gozarán de este derecho antes, durante y después de que la persona acceda a los servicios contemplados en cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer el derecho a morir dignamente.

Quienes intervengan en cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente artículo deberán ser imparciales en todo momento y lugar respecto del ejercicio de la muerte médicamente asistida.

El derecho a los servicios contemplados en el presente artículo deberá estar garantizado desde el momento en que la persona manifieste su intención de acudir a cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer su derecho a la muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1º: para acceder a los servicios se podrá hacer uso del amparo de pobreza en favor de las personas dentro del segundo grado de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente y la red de apoyo que acrediten pertenecer a los grupos A1 al B4 del Sisbén IV.

Artículo 12. Medidas pedagógicas y educativas. El Ministerio de Salud y Protección Social, las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces, y todos los actores del sistema de salud deberán garantizar la capacitación de los profesionales involucrados en la prestación del servicio 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.

En respeto a la autonomía universitaria, las instituciones de educación superior, tanto públicas como privadas, deberán garantizar que los estudiantes de programas relacionados con las ciencias de la salud, como medicina, enfermería, psicología y trabajo social, reciban formación adecuada sobre el derecho fundamental a la muerte digna. Esta formación deberá incluir el alcance, contenido, importancia y diferentes formas de ejercer este derecho. Así como los derechos, deberes y obligaciones que esta ley, junto con sus normas reglamentarias.

TÍTULO II

PROCESO PARA ACCEDER AL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA TRATÁNDOSE DE PERSONAS MAYORES DE EDAD

CAPÍTULO I

Participantes en el proceso y requisitos para el acceso a la muerte médicamente asistida

Artículo 13. Participantes. Serán participantes en el proceso para acceder a la muerte médicamente asistida: el solicitante mayor de edad que desea recibir la muerte médicamente asistida, las personas dentro de los dos grados de consanguinidad y el(la) cónyuge o compañero(a) permanente así como la red de apoyo del solicitante, el médico designado para aplicar la muerte médicamente asistida, la entidad promotora de salud del solicitante, la institución prestadora de salud encargada de aplicar el procedimiento de la muerte médicamente asistida, los profesionales que realicen las valoraciones necesarias, quienes testifiquen en el proceso de formalización del consentimiento y las personas que integren el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

Artículo 14. Requisitos. Para la aplicación de la muerte médicamente asistida en una persona mayor de edad, se deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida sea debidamente diagnosticada con una enfermedad o lesión corporal grave e incurable. No es necesario, ni será exigible, acreditar la existencia de enfermedad terminal ni pronóstico médico de muerte próxima.

Que la persona solicitante considere que experimenta un sufrimiento físico o psíquico incompatible con su noción de vida digna.

Que la persona solicitante de la muerte médicamente asistida haya expresado su consentimiento y haya manifestado su voluntad de acceder a la muerte médicamente asistida. Se podrá hacer valer el consentimiento sustituto o un documento anticipado de voluntad.

Que la aplicación de la muerte médicamente asistida sea realizada por un profesional de la medicina.

Parágrafo. En todos los casos, el Consentimiento debe estar libre de vicios tales como error, fuerza o dolo. La circunstancia psicológica de la persona no será impedimento de dicho requisito de acuerdo con la presunción legal de capacidad comprendida en la Ley 1996 de 2019 y por tanto, deberá estar sujeta a los mismos requisitos de validez.

Artículo 15. Del intenso sufrimiento o dolor físico o psíquico. La determinación del grado de intenso sufrimiento o dolor físico o psíquico producto de una enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal será estrictamente subjetiva. Deberá prevalecer y ser respetado el criterio subjetivo de la persona solicitante del procedimiento de muerte médicamente asistida para determinar si presenta un intenso sufrimiento físico o psíquico.

CAPÍTULO II

Del consentimiento

Artículo 16. Modalidades del consentimiento para las intervenciones al final de la vida. Toda persona capaz y en pleno uso de sus facultades legales y mentales, deberá expresar su consentimiento para acceder a la muerte médicamente asistida. El consentimiento válido para acceder a la muerte médicamente asistida por regla general deberá ser previo, autónomo y libre, informado, específico, inequívoco, claro y reiterado. Podrá ser expresado tanto de manera verbal como escrita y todas las demás formas de comunicación.

Que sea previo implica que el consentimiento podrá ser expresado con anterioridad a la ocurrencia del evento médico (enfermedad o lesión) y en todo caso anterior a la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida.

Que sea autónomo y libre significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros y debe permitir comprobar la autoría e identificación de quien manifiesta la voluntad. Que sea informado implica que los profesionales de la medicina deben brindar al solicitante y su familia toda la información necesaria y objetiva para adoptar decisiones en torno a la vida y al proceso de muerte de la persona. El consentimiento debe considerar la información adecuada y pertinente brindada por el personal médico.

Que sea específico, inequívoco y claro implica que el sentido de la decisión debe ser consistente y no debe dejar lugar a dudas respecto de la voluntad de la persona de recibir una muerte médicamente asistida.

Que sea reiterado implica que al solicitante mantiene su decisión invariable durante el trámite de activación y deliberación del Comité.

El consentimiento para las decisiones clínicas al final de la vida se expresa según el grado de autonomía del paciente. Puede ser a) consentimiento del titular o b) consentimiento sustituto.

16.1 Consentimiento del titular: Aplica para las personas que han desarrollado autonomía a lo largo de su vida, puede ser actual o previo.

1. Consentimiento actual: cuando el titular puede expresar de manera directa su consentimiento, este puede ser independiente o con apoyos.

Parágrafo 1º: El consentimiento actual puede ser dado de manera independiente cuando el paciente expresa por sí mismo su voluntad.

Parágrafo 2º: El consentimiento actual puede ser dado con apoyos cuando el paciente los requiere por alguna condición de discapacidad, conforme a la normatividad vigente (Ley 1996 de 2019).

2. Consentimiento previo: aplica cuando el paciente pierde la capacidad de expresar su voluntad, pero esta fue emitida antes del deterioro. Puede ser formal o informal:

Parágrafo 1º: El consentimiento previo puede ser formal mediante Documento de Voluntad Anticipada (DVA), conforme a la normatividad vigente (Resolución número 2665 de 2018).

Parágrafo 2º: El consentimiento previo puede ser no formal, identificado mediante el principio de la mejor interpretación de la voluntad previa del paciente, con base en sus valores, creencias, expresiones verbales o conductas reiteradas.

16.2. Consentimiento sustituto: Aplica para las personas que no han desarrollado autonomía a lo largo de su vida, debido a condiciones que han limitado permanentemente su capacidad para la autodeterminación. En estos casos, un tercero autorizado podrá expresar el consentimiento, exclusivamente bajo el principio del mejor interés del paciente, considerando su bienestar y evitando intervenciones que generen sufrimiento, dolor o tratos inhumanos.

Parágrafo 1º. De manera extraordinaria y excepcional será admisible el consentimiento sustituto. También podrá tenerse como válida la declaración de voluntad anticipada siempre que se cumplan los requisitos previstos en la presente ley para esos mecanismos de expresión del consentimiento. No se podrán exigir ambos requisitos para el desarrollo del procedimiento (consentimiento sustituto y documento de voluntad anticipada), pues con uno de los dos, basta.

Parágrafo 2º. El consentimiento informado se entenderá efectivo, si previamente se ha brindado al paciente información amplia, veraz, oportuna y comprensible sobre todo lo relacionado con el derecho a morir dignamente; sobre las diferentes alternativas de materializar la muerte digna y su derecho a desistir en cualquier momento. A su vez, se deberá informar sobre tratamientos médicos alternativos, sus consecuencias y procedimientos referentes a las distintas patologías.

Parágrafo 3º. El cumplimiento de los requisitos contenidos en el presente artículo se deberá valorar

de manera sistemática con lo previsto en los artículos 21, 22 y del capítulo III del presente título. En los casos que se adecúen a las situaciones extraordinarias previstas en los referidos artículos prevalecerán las reglas específicas para el consentimiento allí contenidas.

Parágrafo 4°. En todos los casos, el consentimiento deberá estar libre de vicios tales como el error, la fuerza y el dolo, y deberá ajustarse a las normas del ordenamiento jurídico civil y la Ley 1996 de 2019. En ningún caso, el estado de conmoción mental del individuo será causal de excepción para ajustarse a los parámetros legales al respecto a la validez del Consentimiento de la persona.

Artículo 17. Formalización del consentimiento. Para la formalización del consentimiento de la persona basta con que lo haga a través de uno de los siguientes medios: (1) frente al profesional médico y que conste en su historia clínica, (2) frente a dos testigos, por escrito, en audio o en video, (3) por escrito con presentación personal y reconocimiento de contenido en notaría.

Artículo 18. Prevalencia del consentimiento final. Si existen, por parte de la persona solicitante de la muerte médicamente asistida, distintas manifestaciones del consentimiento y estas se contradicen entre sí, prevalecerá la última.

Artículo 19. Derecho de retracto. En cualquier momento del trámite de la muerte médicamente asistida la persona solicitante podrá retirar su consentimiento y desistir de su solicitud y/o, optar por otras alternativas en el marco del derecho a morir dignamente, sin perjuicio de que con posterioridad pueda presentar una nueva solicitud.

El desistimiento deberá consignarse en la historia clínica del paciente por parte del profesional médico que preste atención a la persona solicitante.

Parágrafo. El médico tratante deberá dar opciones y espacios para que dicho retracto pueda darse. Cuando haya dudas sobre la decisión, se abstendrán de realizar el procedimiento. La voluntad debe ser clara, continua y sin ambigüedades.

Artículo 20. Manifestación del consentimiento en casos de personas con discapacidad. Las personas con discapacidad, como sujetos de especial protección constitucional y en ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones, podrán contar con apoyos o solicitar los ajustes razonables requeridos para la comunicación de su voluntad y la comprensión de la información del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019, o las que la modifiquen o deroguen.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con las directrices anticipadas suscritas por las personas con discapacidad en un término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley.

La reglamentación deberá incluir las directrices para el elemento de reiteración del consentimiento en caso de condiciones de enfermedades degenerativas, discapacidad cognitiva o psicosocial.

Artículo 21. Del consentimiento sustituto. El consentimiento sustituto será válido y jurídicamente vinculante para acceder a las modalidades del derecho a morir dignamente, incluidas la muerte médicamente asistida y a la adecuación del esfuerzo terapéutico, como una forma extraordinaria y excepcional de manifestación del consentimiento. Operará cuando la persona se encuentre en estado vegetativo o esté imposibilitado para expresar su voluntad. Se requerirá un concepto médico basado en elementos objetivos para acreditar el estado vegetativo o la imposibilidad de expresar el consentimiento.

El consentimiento sustituto podrá ser expresado por las personas dentro de los dos grados de consanguinidad y el (la) cónyuge o compañero(a) permanente del potencial receptor de la muerte médicamente asistida. En ausencia de estas personas o por preferencia expresa, en los mismos términos del artículo 16, del potencial receptor de la muerte médicamente asistida, el consentimiento sustituto lo podrán prestar las personas que el potencial receptor de la muerte médicamente asistida hubiera designado previamente como integrantes de su red de apoyo.

En los casos en que se pretenda hacer valer el consentimiento sustituto como medio para acceder a la muerte médicamente asistida el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá valorar la documentación y los testimonios entregados por quien exprese el consentimiento sustituto para decidir respecto del ejercicio de mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona que no puede expresar directamente su voluntad.

Artículo 22. Del consentimiento mediante el Documento de Voluntad Anticipada. El Documento de Voluntad Anticipada es un mecanismo válido y jurídicamente vinculante para manifestar el consentimiento y voluntad individual y personalísima respecto de las condiciones de acceso al derecho a morir dignamente.

Toda persona capaz y en pleno uso de sus facultades legales y mentales, de forma preventiva, -anticipando la posibilidad de que en el futuro no pueda tomar o reiterar esa decisión-, podrá hacer uso del Documento de Voluntad Anticipada para manifestar de manera libre, expresa, específica, clara, consciente, inequívoca e informada su voluntad y consentimiento respecto de los siguientes asuntos: (i) el acceso a cuidados paliativos; (ii) el acceso a los mecanismos de adecuación o interrupción del esfuerzo terapéutico. Ello puede abarcar el inicio, interrupción, desistimiento o modificación de procedimientos y tratamientos para curar la enfermedad que puedan deteriorar la calidad de vida sin producir directamente la muerte

o que puedan ser innecesarios, inocuos o ineficaces para curar la enfermedad, incluido el retiro de las medidas de soporte vital; (iii) el acceso a la muerte médicamente asistida; y (iv) las personas designadas como integrantes de su red de apoyo.

Las decisiones contenidas en los Documentos de Voluntad Anticipada podrán incluir tanto la voluntad de la persona de acceder a cualquiera de los servicios listados en el inciso anterior como a no acceder a ellos.

Artículo 23. Contenido mínimo del Documento de Voluntad Anticipada. Cada documento de voluntad anticipada deberá incluir, al menos, la siguiente información:

1. Ciudad y fecha en que se suscribe el documento.
2. Nombres, apellidos de la persona que manifiesta su voluntad anticipada.
3. Número y tipo de documento de identificación de la persona que manifiesta su voluntad anticipada.
4. Indicación concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades y libre de toda coacción y que conoce y está informado de las implicaciones de su declaración.
5. Manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto a sus preferencias en relación con el cuidado de su salud e integridad física.
6. Manifestación específica, clara, expresa, e inequívoca respecto a sus preferencias en relación con las diferentes modalidades para hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
7. Firma de la persona declarante.

Parágrafo 1º. El contenido de los Documentos de Voluntad Anticipada podrá ser modificado, sustituido o revocado por la persona en cualquier momento mientras tenga pleno uso de su capacidad de decidir y de manifestar su voluntad. Las voluntades expresadas por medio de un Documento de Voluntad Anticipada son de obligatorio cumplimiento y deberán ser respetadas una vez la persona no se encuentre en capacidad de decidir ni de manifestar su voluntad y cumpla las condiciones legalmente previstas para acceder a cualquiera de las modalidades reconocidas para ejercer el derecho fundamental a morir dignamente.

Parágrafo 2º. Si la persona se encuentra en capacidad para expresar su voluntad durante el proceso de acceso a la muerte médicamente asistida deberá reiterar el consentimiento y el sentido de su voluntad consignado en el Documento de Voluntad Anticipada que pretenda hacer valer. Lo anterior, de conformidad con lo previsto por el artículo 33 de la presente ley.

Parágrafo 3º. Se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad contenidas en documentos escritos, de video, audio y otros medios

tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando la persona que manifiesta la voluntad esté acompañada de dos testigos que sean plenamente identificables; sea posible comprobar la autoría e identificación de quien manifiesta la voluntad y sea posible establecer el contenido y sentido de la voluntad y el consentimiento de la persona.

Artículo 24. Formalización, modificación, sustitución o revocación del Documento de Voluntad Anticipada. Toda formalización, modificación, sustitución o revocación del Documento de Voluntad Anticipada se deberá realizar empleando al menos uno los siguientes medios de acuerdo con la elección de la persona:

1. En notaría al hacer presentación personal y reconocimiento del contenido del documento ante notario. No se exigirá elevar a escritura pública el documento de voluntad anticipada.
2. Ante dos testigos hábiles y plenamente identificados.
3. Ante el médico plenamente identificado quien deberá incorporar el Documento de Voluntad Anticipada, así como toda modificación, sustitución o revocación que la persona haga a ese documento, en la historia clínica de la persona y entregarle una copia a la persona solicitante.

Artículo 25. No podrán ser testigos para la formalización, modificación, sustitución o revocación de los documentos de voluntad anticipada las siguientes personas:

1. Los menores de edad.
2. Los que no entiendan el idioma que habla el otorgante, salvo que se encuentre un intérprete presente.
3. Los que por sentencia ejecutoriada estuvieren inhabilitados para ser testigos.
4. Los extranjeros no domiciliados en el territorio.

CAPÍTULO III

De la solicitud y la prestación de la muerte médicamente asistida

Artículo 26. Del trámite de la solicitud. El trámite para acceder a la muerte médicamente asistida inicia con la solicitud. La solicitud de muerte médicamente asistida debe ser voluntaria, informada, específica, inequívoca, clara y reiterada. Podrá ser presentada de manera verbal o escrita por medio de documento escrito, video, audio, otros medios tecnológicos y en otros sistemas de comunicación, siempre y cuando sea posible comprobar la autoría e identificación de quien realiza la solicitud y sea posible establecer el contenido, sentido y fecha de la solicitud. Puede ser elevada ante cualquier médico, ante cualquier Institución Prestadora de Salud (IPS) o ante la Entidad Promotora de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, a la que esté afiliada la persona.

En forma extraordinaria y excepcional la solicitud de muerte médicamente asistida puede ser expresada por terceras personas bajo la modalidad de consentimiento sustituto conforme con lo previsto en el artículo 24 de la presente ley.

La solicitud también podrá ser expresada por terceras personas cuando exista un documento de voluntad anticipada y la persona que lo suscribió se encuentre en incapacidad para hacerlo valer ella misma.

Parágrafo 1°. Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de muerte médicamente asistida. La recepción de la solicitud no está reservada ni limitada para los médicos tratantes de la persona ni para especialistas en el diagnóstico que motiva la solicitud.

Parágrafo 2°. Todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) pertenecientes a la red de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que se encuentre afiliada la persona son competentes para recibir la solicitud de muerte médicamente asistida y deberán tener canales físicos y virtuales específicos para ello.

Si la solicitud se expresa directamente ante una Institución Prestadora de Salud (IPS) esta deberá designar a un médico para que éste reciba la solicitud y proceda con su trámite.

Parágrafo 3°. En caso de que la Institución Prestadora de Salud (IPS) cuente con las condiciones requeridas para tener un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente en los términos previstos en la presente ley deberá tramitarla directamente. De lo contrario, deberá registrar la solicitud y remitirla a la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que esté afiliado el solicitante para que esta designe a una Institución Prestadora de Salud (IPS) competente.

Parágrafo 4°. Las actuaciones relacionadas con el trámite de la solicitud desde el momento en el que esta se recibe por parte del médico serán registradas en la historia clínica del paciente. Esa documentación será remitida al Comité Interdisciplinario para Morir Dignamente para ser usada en el proceso de verificación. La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica.

Artículo 27. Recepción de la solicitud. El prestador de servicios de salud que reciba la solicitud de muerte médicamente asistida deberá activar la ruta para que se tomen las siguientes acciones:

1. Revisar que la solicitud sea voluntaria, informada, específica, clara e inequívoca.
2. Revisar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida.
3. Registrar la solicitud en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada.

4. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas luego de su recibo en el mecanismo de registro dispuesto para ello.
5. Activar en todos los casos, en las mismas primeras veinticuatro (24) horas luego del recibo de la solicitud, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
6. Informar a la persona solicitante sobre el procedimiento y trámite que debe surtir, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa y en particular los tiempos en que recibirá respuesta de su solicitud.

Artículo 28. Recepción de la solicitud que sea elevada por parte de terceras personas. Cuando la solicitud de muerte médicamente asistida sea expresada por terceras personas el médico deberá:

1. Revisar el concepto médico e interdisciplinario basado en elementos objetivos para acreditar el estado vegetativo o la imposibilidad de la persona de expresar el consentimiento.
2. Revisar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida.
3. Registrar la solicitud en la historia clínica de la persona solicitante potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida desde el mismo momento en que es expresada.
4. Revisar si la solicitud expresada por terceras personas se da con el objetivo de hacer valer un documento de voluntad anticipada u ocurre bajo la modalidad del consentimiento sustituto.
5. Registrar los vínculos de parentesco, familiaridad, amistad, cercanía o confianza de las personas que expresan la solicitud.
6. En el caso de que se pretenda hacer valer un Documento de Voluntad Anticipada debe verificar que la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida en efecto sea el suscriptor del documento, y que el Documento cumpla con los requisitos exigidos en la presente ley.
7. En el caso del consentimiento sustituto, preguntar a las personas que expresan la solicitud por otras personas dentro de los dos grados de consanguinidad, por el(la) cónyuge o compañero(a) permanente y en caso de aplicar por las personas que hagan parte de la red de apoyo de la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida que no hayan elevado la solicitud.
8. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas luego de su recibo en el mecanismo de registro dispuesto para ello.
9. Activar, en todos los casos, en las mismas primeras veinticuatro (24) horas luego del

recibo de la solicitud, al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

10. Informar a la persona solicitante sobre el procedimiento y trámite que debe surtir, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa y en particular los tiempos en que recibirá respuesta de su solicitud.

Artículo 29. Deber de información al solicitante.

El prestador de servicios que reciba la solicitud deberá informar al paciente solicitante o a quienes expresen la solicitud los siguientes asuntos:

1. El alcance del derecho a la muerte digna, las diferentes modalidades para ejercerlo incluyendo los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico y a la muerte médicamente asistida.
2. La condición médica y las distintas opciones de tratamiento disponibles a las que puede acceder.
3. Los detalles del trámite y del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida, las instancias involucradas, sus competencias y los tiempos de cada etapa.
4. La posibilidad de desistir de la solicitud y retirar su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 30. Valoraciones. Después de ser activado, por el prestador de servicios receptor de la solicitud, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá verificar el cumplimiento de los requisitos previstos en la ley para acceder a la muerte médicamente asistida luego de realizar las siguientes valoraciones:

1. La capacidad y competencia de la persona para manifestar el consentimiento cuando la persona solicitante pueda manifestarlo directamente.
2. La validez del documento de voluntad anticipada cuando se pretenda hacer valer uno. De conformidad con los requisitos previstos en la presente ley.
3. La prevalencia de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida cuando se exprese el consentimiento sustituto.
4. Presencia en el potencial receptor de la muerte médicamente asistida de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

Parágrafo 1º. Las valoraciones y la verificación de las condiciones exigidas en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida deberán ser realizadas por el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la expresión de la solicitud.

Artículo 31. Decisión respecto de la solicitud.

Luego de realizar las evaluaciones y valoraciones, y dentro del mismo plazo de diez (10) días calendario

a partir de la expresión de la solicitud, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente decidirá de manera motivada si autoriza o deniega la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida. Deberá comunicar por escrito la decisión ampliamente motivada a quien hubiera expresado la solicitud.

Artículo 32. Petición de una segunda opinión.

El solicitante a quien se le deniegue la práctica del procedimiento de muerte médicamente asistida tendrá derecho a exigir una segunda opinión por parte de un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente integrado por personas diferentes a quienes tomaron la primera decisión sobre la solicitud.

El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente encargado de otorgar la segunda opinión deberá estar conformado dentro de la misma Institución Prestadora de Salud (IPS) con profesionales diferentes a los que participaron en la primera opinión o, en su defecto, deberá estar conformado en otra Institución Prestadora de Salud (IPS) que pertenezca a la red de prestadores de servicios de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que esté afiliada la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida.

Artículo 33. Reiteración del consentimiento.

Dentro del proceso para acceder a la muerte médicamente asistida la persona deberá manifestar su consentimiento de manera inicial y luego deberá reiterarlo como condición para que se le practique la muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1º. En el caso en el cual se solicite la muerte médicamente asistida y no se pueda reiterar el consentimiento por imposibilidad médica, primará el deseo de solicitar el procedimiento realizado inicialmente.

Artículo 34. Desistimiento de la solicitud. La persona que solicitó la muerte médicamente asistida puede desistir en todo momento de su solicitud. El desistimiento podrá realizarse de cualquier modo y deberá consignarse en la historia clínica del paciente por parte del profesional médico que preste atención a la persona. Lo anterior en los términos del derecho consagrado en el artículo 19 de esta ley.

Artículo 35. Fijación de fecha para que se realice el procedimiento. Una vez el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente autorice la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida, el solicitante podrá fijar la fecha para que se lleve a cabo el procedimiento de muerte médicamente asistida.

La fecha del procedimiento deberá ser informada dentro de los siguientes quince días calendario a la autorización del procedimiento. La fecha decidida para el procedimiento no podrá superar los dos meses siguientes a la autorización del procedimiento. Si la persona fijare una fecha superior a ese tiempo se entenderá que ha desistido el procedimiento.

Artículo 36. Aplicación de la muerte médicamente asistida. Verificada la validez del consentimiento,

el cumplimiento de todos los requisitos legalmente exigidos para acceder a la muerte médicamente asistida, reiterado el consentimiento y verificada su validez en los casos en que tal acción sea exigible se agendará la aplicación de la muerte médicamente asistida.

El procedimiento de muerte médicamente asistida se programará atendiendo al interés y la voluntad de la persona solicitante. Si así lo desea la persona que solicita la muerte médicamente asistida, ese servicio se le prestará en su domicilio. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente vigilará que el procedimiento se realice en la fecha y hora que la persona determine y con el lleno de requisitos legales.

Artículo 37. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces tendrá un término de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley para realizar las adecuaciones reglamentarias a las que hubiera lugar de conformidad con lo previsto en la presente ley.

TÍTULO III

NORMAS ESPECIALES REFERIDAS AL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN LA MODALIDAD DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA TRATÁNDOSE DE MENORES DE EDAD

CAPÍTULO I

Participantes en el proceso y requisitos para el acceso a la muerte médicamente asistida

Artículo 38. Reconocimiento del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida a los menores de edad. Los niños y niñas entre los cero (0) y los doce (12) años podrán ejercer su derecho a morir dignamente mediante la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico o mediante el acceso a cuidados paliativos. Quienes tengan entre doce (12) años cumplidos y dieciocho (18) años pueden acceder, adicionalmente, a la muerte médicamente asistida en los términos previstos en la presente ley y en las normas que la reglamenten, siempre y cuando concurren su consentimiento y el consentimiento de quienes ejerzan la representación legal. En todos los casos se hará acompañamiento psicológico constante y se valorará el nivel de desarrollo y madurez del solicitante para comprender la decisión y para manifestar su voluntad. En los casos donde se pruebe madurez para la toma de decisiones por parte del adolescente, conforme a la autonomía progresiva, esta deberá prevalecer.

Impedir o negar la aplicación de la muerte médicamente asistida con base en criterios diferentes a los contemplados en la presente ley implica una violación al principio del interés superior de estos individuos y podría ser causal de la comisión de tratos crueles, inhumanos y degradantes en su contra que por lo demás afectan su dignidad humana.

Las condiciones de ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente y de acceso a

la muerte médicamente asistida en menores de edad serán diferenciales respecto del resto de la población. El Ministerio de Salud y Protección Social, así como las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, o quienes hagan sus veces, deberán adoptar medidas diferenciales, especialmente en lo relacionado con el consentimiento y la manifestación de voluntad. Esas normas deberán estar alineadas con las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 39. Protección especial a los niños, niñas y adolescentes. En todo lo relativo al acceso de los niños, niñas y adolescentes a las modalidades de acceso al derecho a la muerte digna se proveerá una atención, protección, valoración y verificación especial y reforzada.

En las actuaciones de los comités de los que trata la presente ley será obligatoria la presencia de quienes ejerzan la patria potestad del menor y del defensor de familia, quien velará por la protección de los derechos constitucionales de los niños, niñas y adolescentes en el marco del trámite

TÍTULO IV

CAPÍTULO I

COMITÉ CIENTÍFICO-INTERDISCIPLINARIO PARA MORIR DIGNAMENTE

Artículo 40. Del Comité Científico Interdisciplinario. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, en tanto cuerpo colegiado, es la instancia encargada de tramitar y decidir respecto de las solicitudes de acceso a la muerte médicamente asistida.

El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, o quien haga sus veces, será quien desde una perspectiva médica y jurídica verifique el cumplimiento de los requisitos fijados en la presente ley para la autorización y programación del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida. En ningún caso el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente podrá evaluar la pertinencia y conveniencia de la manifestación del consentimiento de la persona solicitante y tampoco podrán exigir el cumplimiento de requisitos adicionales a los previstos en la presente ley.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, tendrán un deber de coordinación de los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente que se encuentren creados en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) vinculadas a su oferta de servicios. El deber de coordinación permite garantizar la prestación del servicio y el goce efectivo del derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida por parte de las personas solicitantes que cumplan los requisitos y trámites previstos en la presente ley.

Esta coordinación deberá garantizar siempre la continuidad de la prestación del servicio y el ejercicio de los derechos de las personas solicitantes. Para garantizarlo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o quienes hagan sus veces, deberán tener una instancia de coordinación la cual será la dependencia encargada de gestionar, coordinar y garantizar la prestación de los servicios relacionados con el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1°. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente tendrá la obligación de reportar cualquier posible irregularidad, falta, o delito con ocasión del cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley. Para tal fin, pondrá su reporte en conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, así como de la Superintendencia de Salud, de la Procuraduría General de la Nación, de la Defensoría del Pueblo, de la Fiscalía General de la Nación, de las secretarías distritales o municipales de salud y las demás autoridades que sean competentes.

Parágrafo 2°. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente podrá conocer de las solicitudes relativas a la adecuación del esfuerzo terapéutico y al retiro de las medidas de soporte vital cuando no haya acuerdo entre la red de apoyo y los profesionales de la salud.

Artículo 41. Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) obligadas a contar con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de nivel III y de nivel IV de complejidad y/o que presten al menos uno de los siguientes servicios de salud, deben crear, disponer y tener habilitado permanentemente un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente: (i) consulta externa en: dolor y cuidados paliativos, neurología, cardiología, oncología, nefrología, psiquiatría, geriatría, reumatología, fisiatría, ortopedia; (ii) urgencias; (iii) cuidado intensivo pediátrico o de adultos; (iv) hospitalización pediátrica o de adultos; y (v) hospitalización del paciente crónico con o sin ventilación.

Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que no presten ninguno de los servicios incluidos en el listado anterior y que no sean de complejidad III o IV, y que reciban una solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida tendrán que poner en conocimiento la solicitud a la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que está afiliado el solicitante dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción de la solicitud. La Entidad Promotora de Salud (EPS) deberá realizar las gestiones pertinentes para dar trámite a la solicitud en máximo de diez (10) días calendario.

Parágrafo 2°. Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) vigilar y garantizar que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que cumplan las condiciones previstas en el inciso primero del presente artículo y hagan parte de su red de prestadores de servicios crean y

mantengan en funcionamiento el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

Artículo 42. Composición del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Todos los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente estarán compuestos por tres (3) personas de las siguientes calidades: (i) un médico con especialidad en la patología o en la lesión que tiene la persona solicitante del acceso a la muerte médicamente asistida. Debe ser diferente al médico tratante; (ii) un abogado; y (iii) un psiquiatra o psicólogo clínico. Debe ser diferente al psicólogo o psiquiatra tratante.

Cada integrante del Comité tendrá derecho a voto en la toma de decisiones del Comité y deberá ser designado por la Institución Prestadora de Salud (IPS).

Parágrafo 1°. En caso de que un solicitante de la muerte médicamente asistida se encuentre dentro de los cuatro grados de consanguinidad, afinidad o sea el/la cónyuge o compañero(a) permanente de algún integrante del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente ese integrante del Comité se encontrará incurso en una casual de conflicto de interés.

El integrante del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente incurso en el conflicto de interés deberá reportarlo por escrito ante el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente dentro de las 24 horas siguientes y no podrá ejercer sus funciones respecto del caso concreto. Deberá ser sustituido de forma inmediata por un integrante *ad hoc* que integrará el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente respecto de ese caso concreto.

Parágrafo 2°. La participación de los integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente es indelegable. No obstante, por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por existencia de conflictos de interés la Institución Prestadora de Salud (IPS) deberá designar, de manera inmediata, a los profesionales que deban ocupar las plazas disponibles.

Parágrafo 3°. De conformidad con lo previsto en los artículos 55 y 56 de la presente ley, los integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente no podrán ser objetores de conciencia. En caso de que alguno de los integrantes manifieste ejercer su derecho fundamental de objeción conciencia, corresponderá a la Prestadora de Salud (IPS), dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la comunicación de la objeción de conciencia, disponer de otro profesional médico no objetor de conciencia para continuar con el proceso.

Artículo 43. Funciones de los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente. Los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente tendrán las siguientes funciones:

1. Recibir, tramitar y decidir la solicitud de muerte médicamente asistida verificando, en un término no superior a diez (10)

- días calendario a partir de la solicitud del interesado, el cumplimiento de los requisitos previstos en la presente ley para acceder a la muerte médicamente asistida.
2. Verificar el cumplimiento de los requisitos contenidos en la presente ley para la validez y eficacia de los Documentos de Voluntad Anticipada o del consentimiento sustituto.
 3. Dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de muerte médicamente asistida, debe informar detallada, motivadamente y por escrito al solicitante si el procedimiento fue o no aprobado y las razones que motivaron esa determinación.
 4. Verificar y garantizar que el procedimiento aprobado de muerte médicamente asistida se desarrolle conforme las condiciones de tiempo, modo y lugar elegidas por la persona que solicitó la muerte médicamente asistida y que se den con arreglo a la autonomía del paciente y los principios de celeridad, oportunidad e imparcialidad.
 5. Hacer seguimiento a las valoraciones de los requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida y ser garante de que el trámite de la solicitud y el procedimiento de muerte médicamente asistida se den con arreglo a lo previsto en la presente ley.
 6. Ordenar la suspensión del trámite de la solicitud o del procedimiento de muerte médicamente asistida si advierte alguna irregularidad.
 7. Informar a las autoridades competentes la posible comisión de una falta o delito con ocasión del trámite de la solicitud o del desarrollo del procedimiento de muerte médicamente asistida.
 8. Prestar el debido acompañamiento psicológico, médico y social continuo a la persona solicitante de la muerte médicamente asistida, a su familia y a su red de apoyo para atender los posibles efectos de la solicitud y de la aplicación de la muerte médicamente asistida.
 9. Proteger la reserva y confidencialidad de la información de la que tenga conocimiento con ocasión del cumplimiento de sus funciones, sin perjuicio de las excepciones legales y con arreglo a las disposiciones normativas sobre protección de datos personales.
 10. Informar a la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la que se encuentre afiliada la persona potencialmente receptora de la muerte médicamente asistida respecto de las actuaciones realizadas en el proceso de recepción y trámite de la solicitud de muerte médicamente asistida y mantenerse en contacto con la Entidad Promotora de Salud (EPS).

11. Elegir al secretario técnico y darse su propio reglamento, que en todo caso debe observar las reglas contenidas en la presente ley.
12. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social o a la entidad que haga sus veces informes en los que reporte los hechos y condiciones relacionados con la recepción y el trámite de las solicitudes de muerte médicamente asistida y de su aplicación en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 44. Sesiones del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

Luego de ser creado cada Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá, en una sesión de instalación, darse su propio reglamento que deberá constar por escrito, designar un secretario técnico y disponer lo necesario para cumplir sus funciones.

En lo sucesivo, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá ser activado inmediatamente luego de que el médico que reciba la solicitud de muerte médicamente asistida informe a la secretaría técnica o a algún integrante del Comité. El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente se reunirá reiteradamente hasta tomar una decisión y cumplir sus funciones respecto de cada caso concreto y con arreglo a los plazos previstos en la presente ley.

Parágrafo 1º. El Comité podrá reunirse presencial o virtualmente, pero en todos los casos deberá registrar las reuniones en actas.

Parágrafo 2º. Para deliberar y decidir el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente requerirá la participación de todos sus miembros. Las decisiones del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, serán tomadas con mayoría simple.

Artículo 45. De la Secretaría Técnica del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

La Secretaría Técnica del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá ser elegida por los integrantes del Comité conforme con lo previsto en su reglamento interno y deberá ejercer las siguientes funciones:

1. Recibir por parte del médico las solicitudes de muerte médicamente asistida.
2. Mantener comunicación con la persona solicitante de la muerte médicamente asistida o con su familia o red de apoyo con el propósito de brindar la información relacionada con el trámite y las decisiones relacionadas con el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.
3. Convocar a sesiones al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
4. Preparar y entregar a los demás integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente toda la información en su haber incluyendo propuestas, informes,

- documentos de trabajo y material de apoyo para que el Comité cumpla con sus funciones.
5. Realizar las actas y hacer seguimiento al cumplimiento de las decisiones del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
 6. Estar a cargo y mantener actualizado el archivo documental del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, que debe incluir las actuaciones y sus soportes. Deberá garantizar la reserva y confidencialidad de la información.
 7. Responder las peticiones, solicitudes de información y requerimientos que le sean formulados al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
 8. Entregar la información que soporte los hechos y condiciones relacionadas con el proceso de recepción y trámite de las solicitudes de muerte médicamente asistida.
 9. Las demás funciones propias del rol y que se establezcan en el reglamento interno del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

CAPÍTULO II

De las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Artículo 46. Funciones de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en relación con el procedimiento para acceder a la muerte médicamente asistida:

1. Informar a los pacientes, a sus familias y a sus redes de apoyo de manera oportuna y con objetividad sobre el derecho a morir dignamente y las modalidades y requisitos para ejercerlo.
2. Capacitar de manera periódica al personal médico asistencial y administrativo de la institución en las modalidades y requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente.
3. Crear y garantizar las condiciones para el funcionamiento, y desarrollo de las funciones de los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente siempre que la Institución Prestadora de Salud (IPS) cumpla los criterios previstos en la presente ley para que sea exigible la creación y funcionamiento del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Ello incluye la designación de los integrantes del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
4. Garantizar las condiciones para el desarrollo de las evaluaciones y valoraciones necesarias para resolver y dar curso a las solicitudes de muerte médicamente asistida. Lo anterior, sin perjuicio de la voluntad de la persona solicitante.

5. Proteger la reserva y confidencialidad de la información de la que tenga conocimiento con ocasión del cumplimiento de sus funciones, sin perjuicio de las excepciones legales y con arreglo a las disposiciones normativas sobre protección de datos personales.
6. Garantizar que al interior de la Institución Prestadora de Salud (IPS) existan médicos no objetores de conciencia o permitir el acceso y cumplimiento de funciones de médicos que no sean objetores de conciencia para garantizar la práctica del procedimiento de muerte médicamente asistida previa orden del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.
7. Practicar directamente a través del médico designado para ese fin, los procedimientos de muerte médicamente asistida previa aprobación del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente. Los procedimientos de muerte médicamente asistida deberán practicarse en la misma institución prestadora de servicios en donde se llevó a cabo la autorización por parte del comité.
8. Mantener comunicación constante con la Entidad Promotora de Salud (EPS) de la persona potencialmente receptora del procedimiento de muerte médicamente asistida.
9. Permitir que el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente acceda a la documentación, a la persona potencialmente receptora del procedimiento de muerte médicamente asistida, a su familia y a su red de apoyo para realizar las verificaciones que considere pertinentes respecto del cumplimiento de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida.

Artículo 47. Protocolo para garantizar el ejercicio del derecho a morir dignamente. Todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) tendrán un (1) año a partir de la entrada en vigor de la presente ley para elaborar por escrito un protocolo interno referente a la garantía del derecho a morir dignamente. El protocolo deberá abordar al menos los siguientes asuntos: (i) lineamientos con los procedimientos internos para la prestación de los servicios vinculados con el ejercicio del derecho a morir dignamente; (ii) lineamientos para desarrollar acciones periódicas de carácter informativo sobre el ejercicio del derecho a morir dignamente y sobre las modalidades para ejercerlo; (iii) lineamientos para desarrollar acciones formativas con el personal médico, asistencial y administrativo de la institución respecto del ejercicio del derecho a morir dignamente y las modalidades para ejercerlo; (iv) creación del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente en caso de estar obligado a tenerlo; y (v) lineamientos para que la institución sostenga un diálogo constante con las personas solicitantes

de las modalidades para ejercer el derecho a morir dignamente, con sus familias, redes de apoyo y con las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

CAPÍTULO III

De las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Artículo 48. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Son funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en relación con el procedimiento para acceder a la muerte médicamente asistida:

1. Asegurarse de que en su red de prestadores de servicios de salud y en todos los departamentos en que tengan cobertura existan Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) contratadas que cumplan los requisitos exigidos por la presente ley para prestar los servicios relacionados con la muerte médicamente asistida y que cuentan con el protocolo interno exigido en el artículo anterior y con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente con su debido reglamento interno.

Esto incluye el deber de informar y comunicar sobre las redes de prestadores de servicios de salud y sobre los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente que se encuentren conformados.

1. Garantizar la interlocución y coordinación con los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) contratadas como parte de su red de prestadores de servicios de salud para conocer las decisiones que estos Comités adopten y para tramitar oportunamente los requerimientos que por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) les sean formulados.
2. Garantizar el desarrollo del trámite para ejercer el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida cuando la solicitud la presente una Institución Prestadora de Salud (IPS) obligada a contar con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente y coordinar las acciones a su cargo para garantizar el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida cuando se cumplan los requisitos y condiciones establecidos en la presente ley.

Esto incluye la obligación de coordinar los trámites y actuaciones necesarias para hacer efectivo el derecho a morir dignamente cuando el caso se presente ante una Institución Prestadora de Salud (IPS) no obligada a contar con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente.

1. Proteger la reserva y confidencialidad de la información de la que tenga conocimiento con ocasión del cumplimiento de sus funciones, sin perjuicio de las excepciones legales y con arreglo a las disposiciones normativas sobre protección de datos personales.

2. Obrar conforme con su obligación de imparcialidad y abstenerse de interferir por cualquier medio y forma en la solicitud o decisión de las personas, de su familia o redes de apoyo en relación con el derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien.
3. Garantizar el acompañamiento médico y psicológico para la persona solicitante de la muerte médicamente asistida y a su familia y a su red de apoyo antes, durante y después de que la persona solicitante acceda al procedimiento en los términos previstos en el artículo 12 de la presente ley.
4. Tramitar con celeridad las solicitudes de sus afiliados y pacientes que pretendan ejercer su derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida. Garantizar su atención de conformidad con los criterios de celeridad, oportunidad e imparcialidad y de conformidad con los principios reconocidos en el artículo 2° de la presente ley.

Artículo 49. Ruta interna para garantizar el ejercicio del derecho a morir dignamente. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tendrán un (1) año a partir de la entrada en vigor de la presente ley para elaborar por escrito una ruta interna referente a la garantía del derecho a morir dignamente. La ruta interna deberá abordar al menos los siguientes asuntos:

1. Los procesos y procedimientos para hacer efectivo el derecho a morir dignamente desde el trámite de la solicitud hasta la práctica de los procedimientos.
2. Lineamientos sobre las acciones encaminadas a informar a los pacientes, a sus familias y a sus redes de apoyo de manera oportuna y con objetividad sobre: el derecho a morir dignamente, las modalidades y requisitos para ejercerlo, las redes de prestadores de servicios de salud y sobre los Comités Científicos Interdisciplinarios para Morir Dignamente que se encuentren conformados, y las acciones de capacitación de manera periódica al personal administrativo de la entidad en las modalidades y requisitos para ejercer el derecho a morir dignamente.
3. La designación de las personas y mecanismos previstos para garantizar la comunicación y coordinación con las personas solicitantes de la muerte médicamente asistida, con sus familias, con sus redes de apoyo y con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).
4. Mecanismos de inspección, evaluación y vigilancia interna y a su red de prestadores de servicios de salud respecto de la implementación de las normas relacionadas con el derecho a morir dignamente.

CAPÍTULO IV

Sistema de reporte de las solicitudes para el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida

Artículo 50. *Sistema de reporte de las solicitudes para el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.* Se contará con un sistema de reporte de las actuaciones realizadas por parte del equipo médico, de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con ocasión de cada solicitud de acceso a la muerte médicamente asistida y cada procedimiento que culmine con el ejercicio del derecho a la muerte digna del solicitante.

Parágrafo 1º. La información reportada respetará las normas vigentes en materia de protección de datos personales y la confidencialidad de la historia clínica. Solo contendrá información demográfica generalizada y anonimizada respecto de la enfermedad o lesión grave e incurable que causó los intensos sufrimientos físicos o psíquicos, la edad, sexo, identidad de género, y el municipio o distrito en que se realizó el procedimiento. No podrá incluirse información que permita la individualización o identificación de la persona que ejerció o solicitó el ejercicio del derecho a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 51. *Reporte de recepción de la solicitud y del trámite.* El médico que recibe la solicitud de muerte médicamente asistida será el responsable de realizar el primer registro de la solicitud de muerte médicamente asistida. Deberá registrar, en las veinticuatro (24) horas siguientes a su recibo, los datos de identificación y los datos de la solicitud de acuerdo con las especificaciones técnicas de reporte establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente reportará, en las veinticuatro (24) horas siguientes a su recibo, la recepción de la solicitud de muerte médicamente asistida de acuerdo con las especificaciones técnicas de reporte establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Luego de verificar el cumplimiento de las condiciones para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la muerte médicamente asistida, el Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá actualizar el estado de la revisión de la solicitud de acuerdo con las especificaciones técnicas de reporte establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Además, deberá actualizar e incluir en el registro las circunstancias que rodean el proceso de trámite y verificación, así como de la realización del procedimiento de muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1º. Las solicitudes presentadas ante una instancia administrativa de la Institución Prestadora de Salud (IPS) en la cual es atendida la persona deberán ser tramitadas de manera inmediata ante el médico que se designe para tal fin, quien realizará el reporte de la solicitud.

Parágrafo 2º. En el caso de que una solicitud sea presentada a una instancia administrativa de la Entidad Promotora de Salud (EPS), ella misma a través de su instancia de coordinación tramitará la solicitud de manera inmediata ante una Institución Prestadora de Salud (IPS) de su red y esta deberá seguir lo previsto en la presente ley.

Artículo 52. *Hallazgos y revisión de la información reportada.* El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de un Comité Interno encargado de revisar y analizar la información suministrada por el personal médico, por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el fin de controlar el cumplimiento de los requisitos y condiciones previstas en la presente ley respecto del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida. Deberá considerar los datos generados en cada momento del reporte del procedimiento para fines estadísticos, de gestión del conocimiento y seguimiento a la solicitud.

Luego de realizadas las acciones previstas en el inciso anterior el Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar de oficio y sin dilación los traslados pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud para que esta, en cumplimiento de sus funciones, pueda verificar el cumplimiento y la correcta implementación de la regulación del derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Artículo 53. *Incumplimiento del deber de reporte.* El Ministerio de Salud y Protección Social estará obligado a reportar de manera oficiosa y sin dilaciones ante la Superintendencia Nacional de Salud el incumplimiento del deber de reporte por parte del personal médico, de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). La Superintendencia Nacional de Salud deberá en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones previstas en la presente ley respecto del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud podrán solicitar al personal médico, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) información adicional a la que fue por ellas reportada con el objetivo de vigilar y controlar el correcto desarrollo del procedimiento de muerte médicamente asistida.

Artículo 54. *Información pública sobre el derecho a morir dignamente.* El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud deberán, en el marco de sus competencias, publicar semestralmente en sus respectivas páginas web la información general y anonimizada relacionada con el acceso, calidad y oportunidad para el goce efectivo del derecho a morir dignamente.

Se deberá incluir, al menos, la siguiente información:

1. Datos demográficos generales y anonimizados respecto de las solicitudes, trámites y procedimientos realizados. Esta información deberá desagregarse por edad, sexo, identidad de género, localización geográfica y diagnósticos médicos.
2. Información sobre las redes de prestadores que cumplen con los requisitos de habilitación exigidos en la presente ley y que cuentan con un Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente que esté operando.
3. Información sobre quejas recibidas y procedimientos administrativos sancionatorios adelantados y finalizados con ocasión de solicitudes y procedimientos de muerte médicamente asistida.

CAPÍTULO V

Objeción de conciencia

Artículo 55. *Objeción de conciencia.* El profesional médico asignado para la realización del procedimiento de la muerte médicamente asistida podrá ejercer su derecho fundamental a la objeción de conciencia respecto de la realización del procedimiento por considerarlo incompatible con sus convicciones personales.

La objeción de conciencia deberá comunicarse de manera escrita y debidamente motivada al Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente, a la Institución Prestadora de Salud (IPS) y a la Entidad Promotora de Salud (EPS) del solicitante de la muerte médicamente asistida. Luego de objetar conciencia el profesional médico no estará obligado a realizar el procedimiento.

Dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la comunicación de la objeción de conciencia la Institución Prestadora de Salud (IPS) a instancias del Comité Científico Interdisciplinario para Morir Dignamente deberá disponer de otro profesional médico no objetor de conciencia para que este realice la práctica de la muerte médicamente asistida.

Parágrafo 1º. No podrán objetar conciencia los profesionales médicos ni las personas a cargo de recibir y 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.

Parágrafo 2º. Los participantes en el trámite de la solicitud deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de interés que puedan afectar las decisiones que deban adoptar. Están incurso en conflicto de interés quienes se encuentren hasta dentro del cuarto grado de consanguinidad o afinidad de la persona solicitante de la muerte médicamente asistida.

Artículo 56. *Objeción de conciencia institucional.* En ningún caso se tendrá como válida la objeción de conciencia institucional por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ni por parte de otras personas jurídicas encargadas de prestar servicios de salud o pertenecientes al sistema de salud.

TÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

CAPÍTULO I

Garantías jurídico penales

Artículo 57. *De la cláusula de exclusión penal.*

Los profesionales de la salud que como resultado de la solicitud, autorización y programación hubiese realizado el procedimiento mediante el cual se hizo efectivo el derecho a morir dignamente bajo la modalidad de la muerte médicamente asistida, con el fin de aliviar el sufrimiento de quien la solicita, quedarán excluidos de las sanciones penales previstas en los artículos 106 y 107 del Código Penal y de las demás sanciones penales o disciplinarias que se le pudieran adecuar por esta conducta, siempre que se cumpla con las condiciones y requisitos contemplados en la presente ley.

Artículo 58. Adiciónese un inciso al artículo 106 de la Ley 599 del 2000, el cual quedará así:

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

El presente tipo penal no aplicará para los profesionales de la salud que, de acuerdo con la normatividad vigente y en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, realicen el procedimiento de muerte médicamente asistida.

Artículo 59. Adiciónese un inciso al artículo 107 de la Ley 599 del 2000, el cual quedará así:

Artículo 107. *Inducción o ayuda al suicidio.* El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

El presente tipo penal no aplicará para los profesionales de la salud que, de acuerdo con la normatividad vigente y en el marco del ejercicio del derecho a morir dignamente, realicen el procedimiento de muerte médicamente asistida

CAPÍTULO II

Artículo 60. *Apropiación presupuestal.* El Gobierno nacional podrá apropiar anualmente en el proyecto de ley de presupuesto las partidas necesarias para la garantía de acceso a la muerte digna y para la correcta aplicación de las disposiciones contenidas en esta ley. Dará cumplimiento a lo previsto en el presente artículo de acuerdo con los procedimientos determinados en las normas vigentes para la garantía efectiva del derecho a la salud.

Artículo 61. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir del momento de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



JUAN CARLOS LOZADA VARGAS

Representante a la Cámara por Bogotá

Partido Liberal Colombiano