



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO DIECISIETE LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN

FALLO DE ACCIÓN DE TUTELA							
FECHA	TRECE (13) DE JULIO DE DOS MIL VEINTIDOS (2022)						
RADICADO	05001	31	05	017	2023	00270	00
PROCESO	TUTELA No.00088 de 2023						
ACCIONANTE	MARIA SOLEDAD MEJIA HERRERA						
ACCIONADA	SAVIA SALUD EPS MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA SUPER INTENDENCIA NACIONAL DE SALUD						
PROVIDENCIA	SENTENCIA No.00224 de 2023						
TEMAS	DIGNIDAD HUMANA,MINIMO VITAL,SALUD, DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.						
DECISIÓN	TUTELA DERECHOS						

La señora SOLEDAD MEJA HERRERA, identificada con cédula de ciudadanía No.43.001.525, presenta Acción de Tutela, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de Colombia, para que se le conceda la protección a los derechos fundamentales antes mencionados, los cuales considera le están siendo vulnerados por parte de la SAVIA SALUD EPS, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA, SUPER INTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, basado en los siguientes,

HECHOS:

Manifiesta la accionante que, fue diagnosticada con Parkinson hace más de tres años y dolor crónico intratable, que el 30 de mayo de 2023, el hospital neurológico de Colombia sede Medellín le negó la eutanasia, aduciendo que existen tratamiento.

Fundamenta la solicitud de la EUTANASIA así:

Que padece enfermedad grave, crónica, incurable, progresiva y degenerativa que terminara la vida en tiempo relativa breve, explica que la enfermedad ha generado impactos importantes en las funciones corporales, que por ejemplo una terrible fatiga y falta de energía al largo del día, debido al dolor neuropático y la fasciculación, que siente dolores como calambres con espasmos musculares a los largo del día, que se le dificulta agacharse y moverse, desplazarse, que es una condición médica que avanza, debilita y atrofia los músculos sin que pueda haber recuperación o mejoramiento, que además no tiene tratamiento curativo de eficacia comprobada, por lo que será un proceso degradante y alto impacto para ella y sus familiares, que sufre dolores físicos y psicológicos insoportables que le hacen indigna la vida, que no puede realizar de manera independiente y autónoma las actividades que realizaba normalmente como el aseo personal, vestirse,

locomoción dependiente, habla y comunicación ya que sufre alteraciones, estado mental y cognición. Que no tiene pensión, ni sueldo para subsistir, que vive de la caridad de la hija que es asalariada y tiene un hijo y obligaciones, que convive con el hijo que es drogadicto, que los hijos y los familiares fueron informados de la decisión de la eutanasia.

Con base en estos hechos, hace las siguientes,

PETICIONES:

Solicita se tutelen los derechos constitucionales fundamentales invocados; y se ordene a quien corresponda le apliquen la eutanasia por voluntad anticipada.

PRUEBAS:

Anexó: Historia clínica, negación del Instituto Neurológico (fls.11/27).

TRÁMITE Y RÉPLICA:

La presente acción fue admitida el día 05 de Julio de 2023, se ordenó notificar a las partes, concediéndole un término a las accionadas de DOS (2) días para que presentara los informes respectivos. Dieron respuesta al requerimiento que le hiciera el despacho SAVIA SALUD EPS y Superintendencia Nacional de Salud.

En escrito visible a folios 39/48, archivo 04, la accionada, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, mediante la apoderada judicial manifiesta que:

“...Dentro término legal de manera respetuosa procedo a dar respuesta a la acción constitucional de la referencia, e informo en primer lugar que en el correo de notificación de la acción de tutela allegado (Enviado el: miércoles, 5 de julio de 2023 12:53 p. m.), no se dio traslado de la demanda ni de sus anexos, de forma correcta toda vez que los archivos que el LINK de acceso a la carpeta electrónica, presenta error al momento de su apertura, “ACCESO DENEGADO” por lo que no permite su apertura para poder conocer el contenido de los mismo, para poder ejercer el derecho de contradicción y defensa de esta Entidad, por lo que se solicita colaboración su envío de forma correcta...”

Teniendo en cuenta el anterior requerimiento el despacho inmediatamente dio respuesta al correo de la entidad accionada y le envió nuevamente el link de la acción de tutela el 6/7/2023, y el cual fue recibido nuevamente, como se puede observar en los pantallazos adjuntos.

 Cra. 52 42-73 Piso 14 Medellín-Antioquia

09ConsolidadaoN....pdf 08Sentencia.pdf 15AudioSentencia.mp4 14Sentencia.pdf

Correo: Juzgado 17 Laboral - Antioquia - Medellín - Outlook

Asunto: RV: NOTIFICO LA ADMISION DE LA ACCION DE TUTELA RADICADO 05001310501720230027000

b.b

Por lo anterior, y teniendo en cuenta la decisión tomada por el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia.

LA PACIENTE PRESENTA UNA ENFERMEDAD CRÓNICA INCURABLE MAS NO AVANZADA POR EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. ASÍ ESTE COMITÉ DECIDIÓ EN EL ACTA DEL DÍA 29.05.2023 DE MANERA UNÁNIME QUE LA PACIENTE MARÍA SOLEDAD MEJÍA HERRERA CC 43001525 NO CUMPLE LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A LA MUERTE DIGNA A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO DE LA EUTANASIA...”

Procede el despacho a resolver, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO

De conformidad con lo expuesto, le corresponde al Juzgado verificar si las accionadas, y concretamente SAVIA SALUD EPS vulneran el derecho a morir dignamente de la accionante.

1. Competencia

Es competente este despacho judicial para definir la demanda que dio vida a la presente actuación, por cuanto ejerce jurisdicción sobre el sitio donde se produce la vulneración de derechos denunciada, aunado ello teniendo en cuenta la calidad de la parte demandada. A su vez, es procedente dictar sentencia de fondo, por cuanto no se observan irregularidades constitutivas de nulidad procesal

2. Procedencia de la acción de tutela

El artículo 86 de la Carta Política de 1991 consagró la acción de tutela como un mecanismo judicial de naturaleza excepcional orientado a brindar a toda persona una protección inmediata ante conductas de autoridades públicas o de particulares, en determinadas circunstancias, que ocasionan una amenaza o vulneración a los derechos fundamentales del solicitante.

Dado su carácter excepcional, la acción de tutela no está destinada a sustituir los procedimientos a través de los cuales los jueces ordinarios resuelven normalmente las controversias, de modo que, en principio, sólo es procedente en los eventos en que el peticionario carezca de otro medio de defensa judicial idóneo y eficaz para perseguir la salvaguarda de sus garantías constitucionales, salvo que, dada la inminencia de una lesión iusfundamental, se recurra a ella como mecanismo transitorio para conjurar un perjuicio irremediable.

Así pues, de acuerdo con los presupuestos fijados en el texto superior y en concordancia con lo previsto en los artículos 1°, 5, 6, 8, 10 y 42 del Decreto 2591 de 1991, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que los requisitos generales de procedencia de la acción de tutela son los siguientes:

b.b

(i) legitimación en la causa por activa; (ii) legitimación en la causa por pasiva; (iii) inmediatez; y, (iv) subsidiariedad.

2.1. Legitimación en la causa por activa. Según el artículo 86 superior, la solicitud de amparo constitucional puede ser formulada por cualquier persona, ya sea por quien soporta directamente el agravio de sus derechos fundamentales, o por alguien que actúe en nombre del afectado.

Es menester constatar, por lo tanto, si quien promueve la acción de tutela está habilitado para hacer uso de este mecanismo judicial, bien porque es el titular de los derechos cuya protección reclama, ora porque actúa en procura de una persona que no se encuentra en condiciones de promover su propia defensa, en virtud de la figura de representación legal o a través de la figura de la agencia oficiosa, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991.

En el presente caso se observa, que el accionante actúa por intermedio de apoderado judicial, el cual presentó poder para ello, por lo que no hay reparos en ello.

2.2. Legitimación en la causa por pasiva. Este requisito de procedencia se encuentra regulado también por el artículo 86 de la Constitución⁴, a cuyo tenor la acción de tutela puede dirigirse contra autoridades públicas y, en precisas hipótesis, contra particulares, según sea el caso, por su presunta responsabilidad –bien sea por acción o por omisión– en la transgresión iusfundamental que suscita la reclamación.

En el asunto sometido a consideración, Coomeva EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud, son las entidades a las que se le endilga la conducta vulneradora de conformidad con el numeral 2 del artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, así como de impartir el trámite correspondiente a la solicitud de activar los protocolos para la muerte digna de la paciente, a la luz de lo previsto en la parte considerativa y el artículo 5 de la Resolución 1216 de 2015.

Bajo ese entendimiento, no cabe duda de que dichas entidades están debidamente habilitadas para comparecer en el extremo pasivo del proceso, puesto que son las llamadas a responder a las pretensiones de la demanda. En consecuencia, ha de concluirse que también se encuentra acreditada la condición de legitimación en la causa por pasiva.

2.3. Inmediatez. Puesto que el propósito del mecanismo de amparo radica en proveer una protección urgente frente a amenazas o afectaciones graves e inminentes de los derechos fundamentales, la formulación oportuna de la demanda de tutela es un presupuesto primordial para la procedencia de esta acción constitucional.

En el presente asunto ha de tenerse en cuenta que el accionante ha realizado distintas actuaciones para la consecución de su derecho a morir dignamente, y del escrito de tutela se desprende que existe una solicitud pendiente por resolver al respecto, de ahí que no existe reparo alguno sobre este requisito.

2.4. Subsidiariedad. La naturaleza excepcional de la acción de tutela está relacionada con la regla general conforme a la cual el amparo no puede ser empleado como mecanismo principal para ventilar asuntos cuyo conocimiento le ha sido deferido a otros jueces, lo que impone que, previo a acudir a la justicia constitucional, deban agotarse las etapas y las formas previstas en el ordenamiento jurídico para cada proceso, a menos que dichos medios se aprecien inidóneos o ineficaces para el caso concreto.

Frente a la controversia que aquí se debate, basta decir que desde la sentencia T-970 de 2014, la Corte determinó que siempre que se presenten dificultades fácticas en relación con llevar a cabo el derecho a morir dignamente, la acción de tutela será el mecanismo principal y adecuado para tramitar la solicitud. Igualmente, en la sentencia T-322 de 2017 se admitió la procedencia de la acción de tutela como mecanismo judicial idóneo y eficaz para ventilar el derecho a morir dignamente de una persona de la tercera edad aquejada por diferentes enfermedades.

Cabe anotar, además, que en virtud del artículo 13 superior, que consagra una cláusula de protección especial para quienes se hallan en un estado de debilidad manifiesta por su situación económica, física o mental, como las personas de la tercera edad, las que padecen afecciones de salud o que se encuentran en condición de discapacidad, es posible acudir al recurso de amparo para reclamar una protección preferente, en atención a que, por sus circunstancias, se sitúan en planos de desigualdad frente a otros ciudadanos y de aguda desventaja frente a las autoridades y los demás estamentos.

Desde esa perspectiva, se observa con suficiencia que la solicitud promovida por el accionante, es susceptible de ser examinada por el juez constitucional, dado que la acción de tutela es el mecanismo principal para invocar la protección del derecho fundamental a morir dignamente –como la propia Corte lo ha reconocido–, no se cuenta con otro mecanismo de defensa judicial para encauzar la pretensión de que se trata.

Así las cosas, ha de concluirse que la acción de tutela de la referencia satisface los requisitos mínimos de procedencia, por lo que hay cabida a un estudio de mérito en torno a las pretensiones.

3. La jurisprudencia de la Corte Constitucional en torno al derecho a morir dignamente

La Corte ha analizado, tanto en control abstracto como en control concreto de constitucionalidad, las tensiones de derechos y principios que surgen en el debate alrededor del derecho a una muerte digna.

La primera aproximación a la cuestión tuvo lugar en la sentencia **T-493 de 1993**, en la cual la Sala Segunda de Revisión estudió la acción de tutela promovida en conjunto por la personera de un municipio y un ciudadano,

quienes reclamaban la protección del derecho a la salud y la vida de la hermana de este último, una mujer de 55 años con tumor de mama que optó por no continuar con el tratamiento para su patología –el cual le era brindado en una ciudad distinta a su residencia–, porque consideraba que ya no lo necesitaba. El juez de instancia consideró que la agenciada ignoraba la gravedad de su diagnóstico y que su esposo, también por ignorancia, no la motivaba para preocuparse por su propia salud, por lo cual concedió la tutela y ordenó al cónyuge que dispusiera lo necesario para la conducción de la paciente al centro hospitalario a fin de proseguir con el tratamiento, dado el peligro de muerte que ocasionaría la falta de la atención médica a la enfermedad.

Posteriormente, en la sentencia **C-239 de 1997**, la Sala Plena examinó la constitucionalidad del artículo 326 del antiguo Código Penal, que tipificaba el delito de **homicidio por piedad** en los siguientes términos: “*El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años*”.

A juicio del ciudadano accionante, en virtud de la norma acusada (i) el Estado deja de cumplir su función de proteger a las personas, pues deja al arbitrio del médico la opción de terminar con la vida de aquéllos a quienes se considere un obstáculo, una molestia o cuya salud represente un alto costo; (ii) prácticamente se da autorización para matar a quienes no gozan de buena salud –dada la levedad del castigo frente a los otros casos de homicidio–, desconociéndose por esa vía que el derecho a la vida es inviolable; (iii) establece una discriminación en contra de quien se encuentra gravemente enfermo o con mucho dolor, relativizando el valor de la vida humana y permitiendo que haya ciudadanos de diversas categorías; (iv) la vida es tratada por el legislador no como un bien jurídico tutelable sino como una cosa que en determinadas condiciones debe desaparecer, y se trata de una figura que no resulta aplicable en Colombia en tanto “*envuelve el deseo de librarse de la carga social*”; (v) se soslaya que no toda persona enferma tiene un deseo vehemente de acabar con su vida, al contrario, las personas quieren vivir; y, finalmente, (vi) “*en el homicidio piadoso se reflejan las tendencias de los Estados totalitarios fascista y comunista, que responden a las ideas hitlerianas y stalinistas; donde los más débiles, los más enfermos son conducidos a las cámaras de gas, condenados a éstas seguramente para ayudarles a morir mejor*”.

En dicha oportunidad, la Corte comenzó por definir el *homicidio por piedad* –también homicidio pietístico o eutanásico– como la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de quien, a causa de una lesión corporal o de enfermedad grave o incurable, padece sin ninguna esperanza de que termine su sufrimiento, de tal suerte que consiste en ayudar a otro a morir dignamente. En tal sentido, indicó que el demandante partía de un supuesto equivocado al confundirlo con el *homicidio eugenésico*, en el cual “*se persigue como fin, con fundamento en hipótesis seudocientíficas, la preservación y el mejoramiento de la raza o de la especie humana*” o “*eliminar a los improductivos*”.

Para la Corte, quien mata a otro con fin de ponerle fin a su sufrimiento lo hace con un motivo altruista y por ello el legislador, al contemplar la piedad como consideración subjetiva del acto, fijó el homicidio por piedad como un tipo autónomo y con una punibilidad menor a la prevista para el homicidio simple y el agravado, con lo cual no se desconoce el derecho fundamental a la vida (artículo 11 C.P.) en tanto la conducta sigue siendo antijurídica y, por

b.b

ende sancionable, a pesar de su motivación, que –se insiste– tiene relevancia como aspecto subjetivo en el ámbito de la valoración de la culpabilidad.

Ahora bien: en relación con el consentimiento del sujeto pasivo del homicidio pietístico, la Corte tomó como punto de partida que la vida puede ser vista desde dos posiciones: la primera, que la considera sagrada, asume que la muerte ha de sobrevenir por causas naturales y ajenas al individuo; la segunda, que considera la vida valiosa pero no sagrada, *“admite que, en circunstancias extremas, el individuo pueda decidir si continúa o no viviendo, cuando las circunstancias que rodean su vida no la hacen deseable ni digna de ser vivida, v. gr., cuando los intensos sufrimientos físicos que la persona padece no tienen posibilidades reales de alivio, y sus condiciones de existencia son tan precarias, que lo pueden llevar a ver en la muerte una opción preferible a la sobrevivencia.”*

Dado que en la Constitución de 1991 se consagran la *laicidad* y el *pluralismo* –que tornan el carácter sagrado y absoluto de la vida como una opción–, que la *dignidad humana* es el eje central de todo el sistema de derechos y garantías, y que la *solidaridad* –comprendida como el deber positivo de todo ciudadano de socorrer a quien se encuentra en una situación de necesidad, con medidas humanitarias– es un principio básico del Estado colombiano, la Corte expuso que la solución a la cuestión planteada en la demanda debía ser respetuosa de la autonomía moral del individuo, y reconocer el móvil altruista y solidario de quien obra movido por el impulso de suprimir el sufrimiento ajeno. Con base en esos postulados superiores, se dijo entonces:

“[L]a Constitución se inspira en la consideración de la persona como un sujeto moral, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que en primer término a él incumben, debiendo el Estado limitarse a imponerle deberes, en principio, en función de los otros sujetos morales con quienes está avocado a convivir, y por tanto, 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

(...)

[N]ormas superiores muestran que la Carta no es neutra frente al valor vida sino que es un ordenamiento claramente en favor de él, opción política que tiene implicaciones, ya que comporta efectivamente un deber del Estado de proteger la vida. Sin embargo, tal y como la Corte ya lo mostró en anteriores decisiones, el Estado no puede pretender cumplir esa obligación desconociendo la autonomía y la dignidad de las propias personas.

(...)

[L]a Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal [de proteger la vida] 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 sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art.12), 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.

“[L]a Corte concluye que el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el artículo 326 del Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, como ya se ha señalado, de reconocer que esta obligación no se traduce en preservación de la vida sólo como hecho biológico.”

Así, este Tribunal concluyó que en el evento de que una persona que padece una enfermedad terminal decide no continuar viviendo por el agudo sufrimiento que la agobia y porque estima que esa situación es contraria a su propia dignidad, no puede atribuírsele antijuridicidad a la actuación de quien le asiste para llevar a cabo ese cometido, *“porque se trata de un acto solidario que no se realiza por la decisión personal de suprimir una vida, sino por la solicitud de aquél que por sus intensos sufrimientos, producto de una enfermedad terminal, pide le ayuden a morir”*, razón por la cual declaró exequible la disposición demandada.

Sin embargo, acerca del consentimiento del paciente terminal se precisó que *“debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión.”* En tal sentido, la sentencia C-239 de 1997 estableció que el sujeto activo del homicidio por piedad debía necesariamente ser un médico *“puesto que es el único profesional capaz no sólo de suministrar esa información al paciente sino además de brindarle las condiciones para morir dignamente. Por ende, en los casos de enfermos terminales, los médicos que ejecuten el hecho descrito en la norma penal con el consentimiento del sujeto pasivo no pueden ser, entonces, objeto de sanción y, en consecuencia, los jueces deben exonerar de responsabilidad a quienes así obren.”*

Finalmente, la Corte anotó que era preciso que, en su función de proteger la vida, el Estado adoptara, a través del legislador, una estricta regulación del derecho a la muerte digna, la cual debía incluir los siguientes aspectos esenciales: (1) Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir; (2) Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso; (3) Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc.; (4) Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico; e, (5) Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal

aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones.

Por lo tanto, se exhortó al Congreso para que adoptara la referida regulación, con la advertencia de que, entretanto, los homicidios pietísticos debían ser investigados, de suerte que sería el funcionario judicial quien estableciera la antijuridicidad de la conducta del médico que incurriera en dicha conducta, previa verificación de que existió un consentimiento auténtico del paciente.

De igual forma, en las sentencias **C-233 de 2014** y **T-970 de 2014** la Corte continuó estudiado a fondo todo lo relacionado a la evolución de la muerte digna como derecho.

Al examinar el avance que en el derecho comparado ha tenido el derecho a morir dignamente, la Corte se refirió a los casos pioneros de Holanda, Estados Unidos (Oregón, Florida y Texas) y Bélgica con el común denominador de que allí lo que comenzó como la despenalización de una práctica médica, posteriormente fue desarrollado como un derecho, primero a través de pronunciamientos judiciales, y luego mediante regulación propiamente legislativa. Dichos países han adoptado diferentes criterios para que proceda la eutanasia, como la clase de enfermedad, su gravedad, el pronóstico de que no habrá cura, el término de expectativa de vida, el estado terminal o no del paciente, la forma de expresar la voluntad, etc., así como distintos mecanismos de verificación y control. Sin embargo, resulta relevante anotar que, invariablemente, en todas las regulaciones reseñadas se dedica la máxima atención a asegurar la capacidad y la autonomía de las personas que se someten a dicha práctica, con el fin de que la decisión de terminar con su propia vida sea genuina, firme y esté exenta de vicios o presiones externas, además de delimitar los contornos entre la eutanasia legal y las conductas delictivas.

Particularmente, al estudiar el caso concreto de la sentencia T - 970 de 2014, la Sala Novena de Revisión de la Corte, determinó que en el caso de la accionante se dio una violación de derechos fundamentales por parte de la EPS así como de los médicos tratantes, habida cuenta de que no existía justificación constitucionalmente válida para negar el derecho a morir dignamente e imponerle vivir en condiciones que ella consideraba indignas, cuando, pese a la ausencia de regulación por vía legal, se encontraban reunidas las condiciones jurisprudenciales fijadas en la sentencia C-239 de 1997: “[que la persona] (i) padezca una enfermedad terminal que le produzca sufrimiento y que (ii) manifieste su voluntad de provocar su muerte, (iii) deberá practicársele algún procedimiento médico, normalmente eutanasia, realizado por un profesional de la salud, que garantice su derecho a morir dignamente. Así, el precedente constitucional vigente para la época de la negativa era suficiente para proteger el derecho a morir dignamente de la señora Julia. En el caso concreto, a pesar de cumplirse con esos presupuestos la paciente murió esperando que le practicaran el procedimiento.”

En consideración a lo anterior, a pesar de constatar que se materializó un daño consumado, la Corte determinó que era necesario establecer unas pautas para garantizar el derecho a morir dignamente –a través del procedimiento de eutanasia o, también, por ejemplo, con cuidados paliativos–, con el objetivo de que en lo sucesivo la falta de normatividad no

se tornara en un obstáculo para el ejercicio de dicho derecho fundamental, mientras el Congreso se encargaba de regular la materia:

(i) El padecimiento de una enfermedad terminal que produzca intensos dolores. Exige 2 condiciones, a saber: la enfermedad debe ser calificada como *terminal* por parte de un médico experto (aspecto objetivo) y producir *intensos dolores y sufrimiento* en el paciente, que sean incompatibles con su idea de dignidad humana (aspecto subjetivo). Indicó la sentencia: “*No pueden los médicos oponerse a la voluntad del paciente cuando quiera que objetiva y subjetivamente su voluntad se encuentra depurada. Existe una prevalencia de la autonomía del enfermo.*”

(ii) El consentimiento libre, informado e inequívoco. Según la propia Corte lo había establecido “*el consentimiento del sujeto pasivo debe ‘ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión’*”. De esta forma, la garantía de la genuina voluntad del enfermo que adopta la decisión requiere que el consentimiento sea *libre* –sin presiones de terceros–, *informado* –el paciente y su familia deben recibir información completa, objetiva y necesaria por parte de los médicos, para que no se tomen decisiones apresuradas–, e *inequívoco* –que la decisión sea consistente y sostenida, en otras palabras, que no sea el producto de episodios anímicos críticos o depresivos–.

Para garantizar el cumplimiento de este requisito, la sentencia prevé dos medidas: la primera, es la creación de un *comité científico interdisciplinario* que, en todos los hospitales, clínicas, IPS, EPS y demás prestadores del servicio de salud, bajo la dirección del Ministerio de Salud y conforme a los protocolos fijados por este, (1) brinde un acompañamiento integral y constante al paciente y a su familia en el proceso de adopción de la decisión de morir dignamente y posterior a ello, (2) vigile que las respectivas etapas se surtan con arreglo a los parámetros señalados en la sentencia y con imparcialidad, (3) en caso de detectar alguna irregularidad, suspender el procedimiento e informar a las autoridades la comisión de eventuales faltas o delitos, y (4) reportar al Ministerio de Salud cuando se lleve a cabo este procedimiento.

La segunda, se refiere a un *procedimiento* en que se blinde la decisión del enfermo, en el cual, una vez manifestada la voluntad ante el médico, este deberá convocar al comité científico interdisciplinario, y en un plazo no mayor a 10 días calendario, deberá consultarse nuevamente la voluntad del paciente para verificar si sigue en pie, después de lo cual el procedimiento será programado para realizarse en el menor tiempo posible, que no podrá ser superior a lo que el paciente indique o máximo 15 días después de reiterada su decisión, con la aclaración de que en cualquier momento el enfermo podrá desistir de su decisión y activar otras prácticas médicas como los cuidados paliativos. En cuanto a la expresión del consentimiento, se precisó:

“[E]l consentimiento puede ser previo, posterior, formal o informal. Será previo cuando antes de sufrir el suceso patológico, formal o informalmente, la persona manifiesta por cualquier medio su deseo de que le sea aplicado algún

procedimiento para garantizar su derecho a morir dignamente. Por el contrario, será posterior cuando la voluntad se manifieste luego de ocurrido el suceso patológico. En el mismo sentido, la voluntad podrá ser expresada formal (por ejemplo, por escrito), así como también informalmente (de manera verbal).

De otro lado, el consentimiento también puede ser sustituto. Esta manera de manifestar el consentimiento ocurre cuando la persona que sufre de una enfermedad terminal, se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento. En esos casos y en aras de no prolongar su sufrimiento, la familia, podrá sustituir su consentimiento. En esos eventos, se llevará a cabo el mismo procedimiento establecido en el párrafo anterior, pero el comité interdisciplinario deberá ser más estricto en el cumplimiento de los requisitos.” (Se subraya).

Asimismo, se dispuso que en caso de objeción de conciencia por parte del médico, debería garantizarse la asistencia de otro profesional de la salud en un lapso máximo de 24 horas, y se remarcó que ante cualquier controversia en este ámbito la acción de tutela era el mecanismo procedente para invocar la protección del derecho a morir dignamente.

(iii) Criterios que deberán tenerse en cuenta en la práctica de procedimientos que tengan como propósito garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. A partir de las reglas definidas en precedencia, estos procedimientos deben atender los criterios de *prevalencia de la autonomía del paciente*, celeridad, oportunidad e imparcialidad, y en todo caso, en armonía con los criterios adicionales previstos en la sentencia C-239 de 1997.

Asimismo, ordenó al Ministerio de Salud emitir una directriz y disponer todo lo necesario para la conformación del comité científico interdisciplinario a que se hizo alusión por parte de los prestadores del servicio de salud y el cumplimiento con las obligaciones establecidas en el fallo, así como adelantar un protocolo para la aplicación del procedimiento, y exhortó al Congreso a que regulara el derecho fundamental a morir dignamente, tomando en consideración lo sentado en dicha providencia.

Tiempo después, en la sentencia **T-132 de 2016**, nuevamente la Sala Novena de Revisión examinó el asunto del derecho a una muerte digna. En este caso, el promotor de la acción era un individuo privado de la libertad que solicitó que se le tutelaran sus derechos a la administración de justicia, vida, salud, dignidad humana, libre desarrollo de la personalidad e igualdad, a fin de que el personal médico le practicara la muerte asistida.

El actor expresó que en prisión desarrolló enfermedad diverticular, varicocele bilateral, prostatitis crónica, incontinencia urinaria y pérdida de audición en uno de sus oídos, debido a lo cual previamente había promovido otra acción de tutela para que se le practicara la cirugía varicocelectomía bilateral y se le garantizara el tratamiento médico integral correspondiente, sin que el fallo que le fue favorable ni la sanción por desacato que se le impuso al obligado hubiesen logrado que le prestaran la atención en salud requerida. Ante tal situación, acudió nuevamente a la acción de tutela, esta vez para que se le concediera su deseo de morir, dadas las precarias condiciones de su reclusión, la gravedad de las enfermedades, los dolores que padecía, la frustración de no ver mejorada su salud y vida en condiciones de dignidad, y

ante la negligencia de las entidades accionadas para brindarle la asistencia médica a sus dolencias.

Los accionados plantearon, además de argumentos de defensa de tipo procesal, que ya se había realizado la intervención quirúrgica ordenada en la tutela anterior, y que el actor no padecía enfermedad terminal que produzca intensos dolores, por lo que no se daban las condiciones para reclamar el derecho a la muerte digna.

Tras analizar el derecho fundamental a la salud y cómo este incluye las garantías de un diagnóstico efectivo y de integralidad en la prestación de los servicios de salud conforme a la prescripción médica, así como pronunciarse en torno a la garantía de este derecho respecto de la población reclusa y su especial situación de sujeción frente al Estado, la Sala de Revisión estimó necesario abordar el alcance y contenido del derecho fundamental a morir dignamente. Allí, retomó las consideraciones de la sentencia C-239 de 1997, en cuanto a la ausencia de responsabilidad penal del médico que lleve a cabo un homicidio pietístico cuando el paciente terminal exprese su consentimiento para morir de manera libre y voluntaria, y se refirió al precedente fijado en la sentencia T-970 de 2014, reiterando las reglas para garantizar el derecho a morir con dignidad, según las cuales se requiere que *“(i) la enfermedad sea calificada por un experto como terminal y debe producir intenso dolor y sufrimiento; (ii) el consentimiento de la persona que solicita la muerte asistida sea libre, informado e inequívoco y; (iii) se atiendan ciertos criterios a la hora practicar procedimientos cuyo propósito sea el de garantizar el derecho fundamental a la muerte.”* En esa línea, sostuvo la Sala:

“Sintetizando, este Tribunal ha mantenido desde la sentencia C-239 de 1997 que el derecho fundamental a la vida digna envuelve el derecho al morir dignamente en la medida en que condenar a una persona a que prolongue su vida, pese a no desearlo y padecer de graves condiciones médicas, implica un trato cruel e inhumano que anula su dignidad y autonomía. El individuo que solicite la muerte asistida debe estar en capacidad de comprender su situación y tendrá que expresar su consentimiento de manera libre. Para ello, deberá contar con información seria y fiable acerca de su enfermedad, las opciones terapéuticas y el pronóstico de parte de un médico.”

Al adentrarse en el estudio del caso concreto, la Corte encontró que al accionante no se le había prestado la atención en salud necesaria de cara a las diferentes patologías que padecía. En ese punto, se señaló que el derecho a la salud no podía ser limitado, a pesar de la reclusión, dada su relación inherente con la dignidad. En consecuencia, determinó que la entidad competente debía adoptar las medidas necesarias para garantizarle al actor una valoración médica integral frente a todas sus enfermedades e, igualmente, prestarle de manera inmediata todos los servicios médicos que requiriera.

Sin embargo, al analizar la pretensión relacionada con la muerte asistida, se estableció que no se encontraban reunidas las condiciones jurisprudenciales para acceder a lo pedido, habida cuenta de que no se contaba con un diagnóstico de especialista que calificara como terminales las enfermedades, lo cual no podía demostrarse con la sola apreciación del paciente. Sobre el particular, resaltó la Corte:

“[D]icha calificación resulta indispensable para determinar si la prolongación de la vida del demandante, pese a no desearlo, implica un trato cruel e inhumano que anula su dignidad y autonomía, y del mismo modo descartar un uso indebido de dicha garantía constitucional.

(...) En la sentencia T-970 de 2014 se identificó que una EPS había desconocido el derecho a morir dignamente tras negarse a practicar la eutanasia. En dicha ocasión, la demandante padecía de una enfermedad terminal que comprometía gravemente sus funciones vitales, lo cual fue diagnosticado por un médico.

Contrario a lo anterior, en el presente caso no reposa el precitado diagnóstico. En ese sentido, la solicitud del señor (...), encaminada a que mediante fallo de tutela se ordene al personal médico que le practiquen la muerte asistida, no cumple con las exigencias establecidas por esta Corporación para dicho fin.”

Por lo anterior, la Sala concedió la protección constitucional invocada, pero en el sentido de que se le garantizara al tutelante su derecho a la salud, toda vez que no se daban los supuestos para acceder a su petición de que se le practicara la muerte asistida, en concreto, el requisito objetivo de un dictamen médico que catalogara como *terminales* las enfermedades padecidas.

En la sentencia **C-327 de 2016**, la Sala Plena de la Corte se ocupó de la demanda de inconstitucionalidad instaurada contra el artículo 90 (parcial) del Código Civil, que dispone que *“La existencia legal de toda persona principia al nacer”*, por la alegada infracción a los artículos 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos y 93 de la Constitución, debido a que, en criterio de los demandantes, el derecho a la vida debe ser protegido desde la concepción. El problema jurídico a tratar allí, entonces, se contrajo a determinar si la disposición acusada violaba el derecho a la vida contemplado en el artículo 4.1 de la Convención que, por virtud del artículo 93 superior, hace parte del bloque de constitucionalidad. Dicho interrogante fue dilucidado a partir de diferentes premisas, entre las cuales –para lo que concierne a este proceso– cabe destacar la relativa a la protección de la vida como valor constitucional.

En ese marco, la Corte precisó que *“la vida y el derecho a la vida son categorías axiológicas diferentes y estableció que ni el valor de la vida, como bien que el Estado tiene el deber de proteger ni el derecho a la vida son absolutos y que admiten un juicio de proporcionalidad cuando existen otros derechos o valores en conflicto”* y explicó que dos manifestaciones puntuales de dicha necesidad de ponderación se encuentran en los eventos en que se ha examinado en la jurisprudencia el derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo, y en el reconocimiento del derecho fundamental a morir dignamente, para cuya fundamentación se remitió a lo sentado en las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014, y resaltó:

“[E]l 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. Es un derecho complejo pues depende de circunstancias muy

particulares para constatarlo y autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos. En todo caso, es claro que existe una relación estrecha con la dignidad, la autonomía y la vida, entre otros.”

Así, bajo la premisa de que la vida como valor y el derecho a la vida no son absolutos y de que se encuentran sujetos a los principios de proporcionalidad y razonabilidad al colisionar con otros derechos –como ocurre con la autonomía y la dignidad en el caso de la eutanasia–, la Corte encontró que la vida como valor, aunque es un bien constitucionalmente relevante, no tiene el mismo nivel de protección que el derecho a la vida, por lo que la norma enjuiciada, al establecer la existencia legal de la persona desde el nacimiento, no es inconstitucional.

Más recientemente, en la sentencia **T-721 de 2017** la Sala Cuarta de Revisión de Tutelas examinó la acción de tutela instaurada para la protección de los derechos de petición, al debido proceso administrativo y a morir dignamente, invocados por los padres de una joven que quedó en situación de discapacidad mental absoluta luego de una cirugía para tratar la epilepsia que sufría desde los dos años de edad –lo que también dio lugar a su declaración de interdicción, frente a la EPS que no dio respuesta a su solicitud de que se llevara a cabo la eutanasia. La entidad demandada alegó que era la IPS la que debía tomar las acciones pertinentes y que, en todo caso, la progenitora no estaba autorizada para solicitar el procedimiento. A su turno, la IPS sostuvo que había convocado al comité interdisciplinario, lo que constaba en acta confidencial en la que se determinó que no se encontraban reunidos los requisitos para acceder a la solicitud, y que le correspondía a la EPS acatar lo previsto en la Resolución 1216 de 2015.

En sede de revisión se verificó, en virtud de las pruebas decretadas, que la paciente se encontraba en estado vegetativo permanente, que su enfermedad no era terminal –aunque sí degenerativa, permanente, irreversible y crónica–, que aunque para ese momento no se encontraba en la etapa final de su vida, sus comorbilidades sí podían desencadenar la muerte de forma súbita, y que como no podía expresar llanto, lenguaje, sonidos guturales, expresión facial o incluso movimiento ocular, no había forma de que se pudieran tomar uno de estos signos como señal de dolor, no obstante lo cual –según concepto médico– debido al grave compromiso neurológico *“hay una alteración de la conducción sensitiva (del sentir) a nivel central (cerebro), es decir que, el impulso nervioso que transmite la información sensitiva (calor, frío, tacto, presión e incluso dolor) no llega de forma adecuada al cerebro y por tanto no lo puede expresar o interpretar como una sensación de dolor, calor, presión, frío, etc.”* Ante el incumplimiento de los requisitos para aplicar la eutanasia, al final el tratamiento médico no se concentró en la rehabilitación sino en brindarle el soporte mientras se daba el deceso como transcurso natural de la patología. Más tarde, las prestadoras de salud informaron a la Corte que durante el proceso la paciente falleció, luego de una crisis tratada con cuidados paliativos.

La Corte se pronunció, en primera instancia, sobre la salvaguarda del derecho fundamental de petición, y seguidamente hizo un repaso sobre los fundamentos normativos del derecho a morir dignamente, recordando que *“para este Tribunal la muerte digna tiene como propósito principal hacer prevalecer una existencia donde la persona, de forma autónoma, pueda*

desarrollar su proyecto de vida, es decir, que no consista en la sola subsistencia vital de una persona”.

En ese contexto, se refirió ampliamente a los derechos de los usuarios del servicio de salud y destacó la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente de 1981, en virtud de la cual el médico está obligado a orientar sus actos conforme al mejor interés del paciente y debe esforzarse por garantizar su autonomía; además, se consagra allí la dignidad como una garantía consistente en que *“El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales. c. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible”*. Igualmente, la Sala repasó la normativa concordante contenida en la Resolución 13437 de 1991 *“por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”*, la Ley 1733 de 2014 *“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”* y la Resolución 1216 de 2015 que en cumplimiento a la sentencia T- 970 de 2014 dicta las directrices para conformar los comités científico-disciplinarios para el derecho a morir dignamente. Con base en este conjunto de disposiciones, concluyó:

*“[E]n primer lugar, que **los pacientes** tienen derecho a: (i) consentir o rechazar los procedimientos médicos; (ii) que se respeten sus deseos en caso de enfermedad irreversible de limitar el esfuerzo terapéutico; (iii) a morir con dignidad y a que se les respete su voluntad de permitir que el proceso de la enfermedad hacia la muerte siga su curso natural.*

*Por otro lado, se ha puntualizado que en los casos específicos de **pacientes con enfermedades en fase terminal o crónicas, degenerativas e irreversibles, con alto impacto en la calidad de vida**, los pacientes tienen derecho a: (iv) la atención en cuidados paliativos, que propende por mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, a través de un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales; (v) desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente.*

*Y, en tercer lugar, los **pacientes con una enfermedad terminal que les cause intensos dolores**, tienen derecho a: (vi) solicitar la realización del procedimiento eutanásico, regulado por la Resolución 1216 de 2015.”* (negrillas fuera del original)

En consecuencia, estableció que el derecho a morir dignamente no es unidimensional ni se circunscribe exclusivamente al procedimiento de eutanasia, sino que abarca una serie de garantías que deben hacerse efectivas dependiendo de la situación particular en que se encuentre cada paciente. Así pues, el derecho a morir dignamente *“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”* y comprende, al menos, las siguientes dimensiones: (i) el procedimiento eutanásico¹⁹, (ii) la

limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales, y (iii) los cuidados paliativos.

Tras reiterar el desarrollo que ha tenido el derecho a morir dignamente en la jurisprudencia constitucional, al ocuparse del caso en concreto la Sala evidenció una carencia actual de objeto, no obstante, estimó que era necesario examinar el fondo del asunto. Así, encontró que en el expediente, si bien se indicó que la menor se encontraba en un estado vegetativo permanente, no había claridad sobre si se trataba de una enfermedad terminal y si esta le ocasionaba fuertes dolores a la paciente, lo cual impidió que se le aplicara la eutanasia conforme a los requisitos previstos en la Resolución 1216 de 2015. Sin embargo, dado que la pretensión de la promotora de la acción iba dirigida a que se agotaran los procedimientos allí contemplados y a que se le suministrara una respuesta a su solicitud, la Sala advirtió que el caso debía resolverse teniendo en cuenta las diferentes dimensiones del derecho a morir con dignidad.

A partir de ello, determinó que sí existió una vulneración iusfundamental por parte de la EPS y la IPS demandadas, debido a que su inoperancia prolongó el sufrimiento de la paciente y su núcleo familiar por un año y nueve meses después de que su progenitora solicitara la limitación del esfuerzo terapéutico, sin que oportunamente se brindaran cuidados paliativos y, además, en razón de que a las peticiones elevadas por la familia nunca se les dio una respuesta de fondo, clara, precisa, congruente con lo solicitado y dentro de los términos legales.

Así, sostuvo que en el caso se presentaron diferentes fallas de cara a las distintas dimensiones del derecho a morir dignamente, toda vez que (i) el comité científico solo se convocó 35 días después de interpuesta la

solicitud y en razón del requerimiento judicial, (ii) la respuesta de la decisión del comité solo fue comunicada a la peticionaria 43 días después de radicada la solicitud, (iii) el Ministerio de Salud nunca dio trámite a las peticiones elevadas por los padres de la paciente, (iv) no hubo un adecuado acompañamiento psicológico constante a la familia, (v) se soslayó el consentimiento sustituto válidamente otorgado, en consideración al estado vegetativo de la paciente y a que su progenitora ostentaba su representación legal por virtud de la declaratoria judicial de interdicción –en este punto, señaló la Sala que la exigencia de que la voluntad del paciente sea previa y por escrito, contenida en la Resolución 1216 de 2015, hace nugatoria la garantía para quienes no se encuentran en condiciones de expresar su voluntad–, (vi) no se agotaron las alternativas para lograr determinar si se trataba o no de una enfermedad terminal, a pesar de que cuando el consentimiento sea sustituido se deberá ser más estricto en la observancia de los requisitos, (vii) se hizo caso omiso de las solicitudes de la familia sobre una limitación del esfuerzo terapéutico, (viii) no se brindó información sobre las posibilidades para garantizar el derecho a morir dignamente, y (ix) se restringió injustificadamente el acceso oportuno a los cuidados paliativos.

Por lo expuesto, la Sala Cuarta de Revisión, aunque declaró la carencia actual de objeto, revocó el fallo que había denegado el amparo por cuanto encontró vulnerado el derecho a morir dignamente, y ordenó a las prestadoras de salud ajustar sus protocolos internos para facilitar el cumplimiento de la normatividad sobre este derecho, al tiempo que ordenó al

Ministerio de Salud que adecuara la Resolución 1216 de 2015 en el aspecto relacionado con el consentimiento sustituto y que regulara lo relativo a la limitación del esfuerzo terapéutico o la readecuación de las medidas asistenciales. Finalmente, reiteró una vez más el exhorto al Congreso de la República, con el fin de que proceda a regular el derecho fundamental a morir dignamente.

Del anterior recuento jurisprudencial se colige que el derecho fundamental a morir dignamente tiene un sólido fundamento constitucional, habida cuenta de que la dignidad humana –como eje del Estado y de todo el ordenamiento jurídico– se patentiza tanto en la protección a la vida como un concepto complejo y cualificado que sobrepasa la sola existencia biológica o el funcionamiento del organismo, como en el respeto por la autonomía individual y la libertad. Cabe anotar, además, que en vista de la ausencia de una regulación de orden legal sobre la materia, ha sido una necesidad imperiosa que este Tribunal avance en determinar el alcance del derecho fundamental y las pautas y mecanismos para su concreción, en desarrollo de su función de garantizar la efectividad de los derechos constitucionales.

Finalmente, en sentencia **C – 233 de 2021**, la Sala Plena de la Corte Constitucional amplió el derecho fundamental a morir dignamente para aquellos pacientes que padecen una enfermedad o lesión grave e incurable que les provoque intenso sufrimiento. Esto quiere decir que ya no es necesario ser un paciente terminal para solicitar el derecho a morir dignamente en Colombia, lo cual significa un revés a lo dispuesto por la misma corte en el año 1997.

Así, se condicionó el artículo 106 del código penal que habla específicamente del “homicidio por piedad” o eutanasia que ahora no será considerado un delito si es efectuado por un médico, es realizado con el consentimiento libre o informado, previo o posterior al diagnóstico del sujeto pasivo del acto y siempre que el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable.

Adicionalmente, la Corte exhortó nuevamente al congreso para que avance en la legislación y protección del derecho a morir dignamente para eliminar las barreras que existen para acceder al goce efectivo del derecho.

En consecuencia, argumentó que a pesar de que en el Congreso se ha iniciado el trámite de distintos proyectos con esta finalidad, ninguno ha sido aprobado, lo que comporta un vacío normativo que, a su vez, se traduce en una desprotección inadmisibles desde el punto de vista constitucional, en torno al derecho a morir dignamente.

La decisión se basó en la premisa que reitera que *en el marco del respeto por la dignidad humana, no puede obligarse a una persona a seguir viviendo, cuando padece una enfermedad grave e incurable que le produce intensos sufrimientos, y ha adoptado la decisión autónoma de terminar su existencia ante condiciones que considera incompatibles con su concepción de una vida digna.*

En este sentido, el argumento menciona que esta barrera para pacientes no terminales vulnera no solo su derecho a una muerte digna sino a la integridad física, a la dignidad y a la igualdad. *“El hecho de impedir que*

ciertas personas puedan acceder al derecho fundamental, a la muerte digna, dado que viven en circunstancias extremas, sin posibilidades reales de alivio (...) podría catalogarse como un trato cruel, inhumano y/o degradante por parte del Estado Colombiano”, señalaron.

El anterior fallo de 1997 mencionaba que el caso voluntario de pacientes terminales no podía haber responsabilidades penales para el médico que los ayudara a morir, pero ahora la Corte finalmente amplió el derecho.

Además, precisó que “el derecho a morir dignamente no es unidimensional, ni se circunscribe exclusivamente a servicios concretos para la muerte digna o eutanásicos. Abarca el acceso a cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico o el ejercicio de la voluntad para la terminación de la vida, con ayuda del personal médico, respecto de lesiones corporales o enfermedades graves e incurables, que le producen intensos sufrimientos.

Finalmente, la corte reiteró que corresponde al paciente elegir la alternativa que mayor bienestar le produce, en el marco de su situación médica, con la orientación adecuada por parte de los profesionales de la medicina, y, en cualquier caso, en ejercicio de su autonomía.

Y adicionó que es imperativo avanzar en el precedente de la Sentencia C-239 de 1997, en el sentido de ampliar los supuestos de circunstancias médicas respecto de los cuales el sujeto puede ejercer su derecho a morir dignamente sin que, en estas circunstancias, sea penalizado el médico que acude en apoyo del paciente para protegerlo del sufrimiento y preservar su dignidad.

4. La normatividad que reglamenta el derecho a morir dignamente en Colombia.

En desarrollo de la jurisprudencia constitucional reseñada en precedencia, el Ministerio de Salud ha proferido una serie de resoluciones que establecen los parámetros para la materialización del derecho a morir con dignidad. Estos actos administrativos reproducen, en esencia, varias de las reglas sentadas en los fallos de esta Corte, y son un insumo normativo fundamental que, en conjunto con aquellos pronunciamientos, orienta la labor de las entidades del sistema de salud en este ámbito, ante el vacío respecto de una legislación expedida por el Congreso.

Resolución 1216 de 2015

Mediante la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015²² el Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sector salud²³, dio cumplimiento a la orden impartida en la sentencia T-970 de 2014 en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, conforme a los principios de prevalencia de la autonomía del paciente, celeridad, oportunidad e imparcialidad, de acuerdo con lo sentado en dicho pronunciamiento.

En dicha regulación se precisa que el concepto de *enfermo en fase terminal* se refiere “a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa

por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces” y se establece que, en caso de duda respecto a sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos.

Asimismo, se prevé que todo enfermo en fase terminal y su familia tienen derecho a cuidados paliativos que incluyen *“un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales”*, así como la posibilidad de desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente. Cabe anotar, que los cuidados paliativos son un paso que se debe verificar y consultar con el paciente antes de proseguir con el procedimiento para garantizar una muerte digna.

La Resolución dispone que, de manera general, todas las IPS con servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad que atiendan pacientes oncológicos y crónicos y que cuenten con los protocolos de cuidado paliativo deben conformar un comité científico-interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad, integrado por un médico especialista en la enfermedad del paciente, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico, no objetores de conciencia y exentos de cualquier conflicto de intereses²⁷. En caso de que la institución no ofrezca los mencionados servicios, debe informar inmediatamente y coordinar todo lo necesario con la EPS donde está afiliado el paciente que solicita morir con dignidad.

Una vez el médico tratante recibe la solicitud del paciente, debe convocar a más tardar al día siguiente al comité científico interdisciplinario, el cual, por su parte, mantendrá sesiones permanentes siempre con la totalidad de sus integrantes, podrá invitar a personas naturales y/o jurídicas en caso de duda razonable sobre los presupuestos para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad –quienes tendrán voz pero no voto– dentro de un marco de reserva y confidencialidad, decidirá de preferencia por consenso o, excepcionalmente por mayoría, y cumplirá las siguientes funciones:

“7.1. Revisar la determinación del médico tratante en cuanto a la solicitud que formule el paciente y establecer si le ofreció o está recibiendo cuidados paliativos.

7.2. Ordenar a la institución responsable del paciente, la designación, en un término máximo de 24 horas, de un médico no objetor cuando se presente objeción por parte del médico que debe practicar el procedimiento que anticipa la muerte en forma digna en un enfermo terminal.

7.3. Establecer, dentro de un plazo no superior a diez (10) días calendario a partir de su solicitud, si el paciente que solicita el procedimiento para morir con dignidad reitera su decisión de que le sea practicado.

7.4. Vigilar que el procedimiento se realice cuando la persona lo indique o, en su defecto, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al momento en que el paciente reitere su decisión.

7.5. Vigilar y ser garante de que todo el procedimiento para morir con dignidad se desarrolle respetando los términos de la Sentencia T-970 de 2014 y que se garantice la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso, para lo cual deberá realizar las verificaciones que sean del caso.

7.6. Suspender el procedimiento que anticipa la muerte para morir con dignidad en caso de detectar alguna irregularidad y poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible comisión de una falta o de un delito, si a ello hubiere lugar.

7.7. Acompañar, de manera constante y durante las diferentes fases, tanto a la familia del paciente como al paciente en ayuda psicológica, médica y social, para mitigar los eventuales efectos negativos en el núcleo familiar y en la situación del paciente.

7.8. Verificar, en el caso del consentimiento sustituto, si existe alguna circunstancia que llegue a viciar la validez y eficacia del mismo.

7.9. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social un documento en el cual reporte todos los hechos y condiciones que rodearon el procedimiento a fin de que el Ministerio realice un control exhaustivo sobre el asunto.

7.10. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

7.11. Informar a la EPS a la cual esté afiliado el paciente de las actuaciones que se adelanten dentro del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad y mantenerse en contacto permanente con la misma.

7.12. Designar el Secretario Técnico y darse su propio reglamento.”³⁰
A su turno, en el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente las IPS tienen las siguientes funciones:

“12.1. Ofrecer y disponer todo lo necesario para suministrar cuidados paliativos al paciente que lo requiera, sin perjuicio de la voluntad de la persona.

12.2. Designar a los integrantes del Comité.

12.3. Permitir el acceso al Comité tanto a la documentación como al paciente para realizar las verificaciones que considere pertinentes.

12.4. Comunicarse permanentemente con la EPS.

12.5. Garantizar que al interior de la IPS existan médicos no objetores, de conformidad con la orden dada por el Comité, o permitir el acceso a quienes no sean objetores para la práctica del procedimiento. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, en ningún caso la IPS podrá argumentar la objeción de conciencia institucional.

12.6. Facilitar todo lo necesario para el funcionamiento adecuado del Comité.

12.7. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.”

Las EPS, por su parte, deben cumplir con unas funciones de cara al comité, y otras específicas frente al paciente, a saber:

En relación con el comité:

“13.1. Asegurar la comunicación permanente con los miembros del Comité para conocer las decisiones que se adopten.

13.2. Tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados.

13.3. Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

13.4. Garantizar el trámite para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad cuando el caso se presente en las IPS que no tengan los servicios de que trata el artículo 5o de la presente resolución.”

Y, en relación con el paciente, se consagran las siguientes funciones en cabeza de las EPS:

“14.1. No interferir, en ningún sentido, en la decisión que adopte el paciente o de quienes estén legitimados, en caso del consentimiento sustituto, en relación con el derecho a morir con dignidad mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien.

14.2. Contar en su red prestadora de servicios con profesionales de la salud idóneos y suficientes para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

14.3. Garantizar durante las diferentes fases, tanto al paciente como a su familia la ayuda psicológica y médica, de acuerdo con la necesidad.

14.4. Garantizar toda la atención en salud derivada del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, atendiendo los criterios de que trata la sentencia T-970 de 2014.

14.5. Tramitar con celeridad las solicitudes de sus afiliados que pretendan hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

14.6. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las

excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.”

En cuanto a la *legitimación* para reclamar el derecho a morir con dignidad, la Resolución 1216 de 2015 señala que la solicitud debe ser elevada por (i) el paciente mayor de edad, (ii) que considera que se encuentra en las circunstancias previstas en la sentencia T-970 de 2014, y (iii) que su consentimiento sea libre, informado e inequívoco.

Presentada la solicitud, el médico tratante deberá reiterar o poner en conocimiento del paciente y/o sus familiares, el derecho que tiene a recibir cuidados paliativos como tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, de acuerdo con la Ley 1733 de 2014³⁴. Respecto de la tercera condición, esto es, el consentimiento del paciente, se tiene que el mismo también puede ser expresado (i) de forma previa a la enfermedad terminal, o (ii) a través de un tercero, lo que se denomina consentimiento sustituto, que opera cuando el paciente está en incapacidad legal o en circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, el que debe constar por escrito.

En estos se debe acreditar cuál era la decisión del paciente mediante documento de voluntad anticipada o testamento vital³⁵. Sin embargo, es relevante anotar que en todo momento después de adoptada la decisión, tanto el paciente como quien haya otorgado el consentimiento sustituto, de ser el caso, pueden desistir y optar por otras alternativas.

El *procedimiento* a seguir consiste en que, luego de establecer (i) la condición de enfermedad terminal y (ii) la capacidad del paciente, el médico tratante convoca al comité científico interdisciplinario y este, en un plazo máximo de 10 días, debe verificar que estén debidamente reunidos los presupuestos contenidos en la sentencia T-970 de 2014 para adelantar el procedimiento y, si estos se cumplen, habrá de preguntar al paciente si reitera su decisión de someterse al procedimiento. En caso afirmativo, el comité debe autorizar que el mismo se lleve a cabo en la fecha escogida por el paciente o, más tardar, dentro de los 15 días siguientes a la reiteración de su voluntad³⁷. Si el médico encargado de llevar a cabo el procedimiento objeta por razones de conciencia –que deberá hacerlo por escrito y con la debida motivación–, el comité dispondrá que la IPS asigne un nuevo médico no objetor en un máximo de 24 horas³⁸, sin que en ningún caso se acepte la objeción de conciencia institucional³⁹. El procedimiento tiene carácter gratuito y luego de llevado a cabo se debe dejar constancia en la historia clínica, que se remitirá al comité científico interdisciplinario con el fin de que prepare y remita un informe al Ministerio de Salud en el que dé cuenta de “*todos los hechos y condiciones que rodearon el procedimiento a fin de que el mismo realice un control exhaustivo sobre el asunto.*”

Resolución 4006 de 2016

En la Resolución 4006 del 2 de septiembre 2016⁴¹ el Ministerio de Salud y Protección Social crea un comité interno dentro de esa entidad, orientado a controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, y regula su funcionamiento, a fin de que se lleve a efecto lo dispuesto en el artículo 16 de la Resolución 1216 de 2015, esto es, para que allí se acopien y evalúen exhaustivamente los informes remitidos por parte de los comités científicos interdisciplinarios que han adelantado un

procedimiento de esta naturaleza, conforme a lo establecido en las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

El comité interno del Ministerio está integrado por el Jefe de la Oficina de Calidad –quien lo presidirá–, el Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud, el Director de Promoción y Prevención, y el Director Jurídico –o los delegados de cada uno de estos servidores–, y tiene la posibilidad de contar con el aporte de expertos, personas naturales o jurídicas y representantes de entidades públicas y privadas, quienes tendrán voz pero no voto⁴³. A su vez, debe sesionar con la totalidad de sus integrantes cada tres meses, adoptar sus decisiones por mayoría absoluta⁴⁴ y levantar un acta de cada sesión con las conclusiones, recomendaciones y decisiones.

Las funciones asignadas al comité interno son las siguientes:

“6.1. Revisar la documentación que le sea remitida por los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad y requerir a los mismos la información adicional que considere pertinente.

6.2. Verificar, sobre cada uno de los casos, los elementos del derecho a Morir con Dignidad que le sean remitidos por dichos Comités y emitir el respectivo pronunciamiento.

6.3. En el caso de que encuentre irregularidades, realizar los traslados, recomendaciones y observaciones que estime correspondientes.

6.4. Dar respuesta a las solicitudes de información, derechos de petición y demás requerimientos relacionados con la actividad del comité.

6.5. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

6.6. Apoyar al Ministerio en el desarrollo de los aspectos regulatorios concernientes al derecho a morir con dignidad y en relación con la información estadística que sea requerida.

6.7. Elaborar un informe anual al Ministro respecto del cumplimiento de sus funciones.

6.8. Darse su propio reglamento y designar al secretario técnico del mismo por un periodo de dos (2) años.”

Resolución 825 de 2018

En cumplimiento a lo dispuesto por la Corte en la sentencia T-544 de 2017, en la Resolución 825 del 9 de marzo de 2018⁴⁷ se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con el principio constitucional de interés superior del menor, el contexto diferencial de la solicitud de eutanasia según cada grupo etario y los factores que inciden en el entendimiento de la muerte –tales como el desarrollo cognitivo, a su desarrollo emocional, a su entorno y experiencia vital.

Dicho acto administrativo inicia por explicar el concepto de cuidados paliativos pediátricos; el proceso de adopción de decisiones en menores de

b.b

edad en el ámbito médico –que pasa por las aptitudes de (i) capacidad de comunicar la decisión, (ii) capacidad de entendimiento, (iii) capacidad de razonar y (iv) capacidad de juicio–; la asimilación y evolución de la noción de muerte en cada franja de edad –0 a 3 años, 3 a 6, 6 a 12 y 12 en adelante–; lo que se entiende por niña, niño o adolescente con una enfermedad y/o condición en fase terminal, con necesidades especiales de atención de su salud, dependientes de tecnología; y, a la vez, reitera la definición de patria potestad prevista en el artículo 288 del Código Civil.

Asimismo, se prevé que están excluidos del procedimiento eutanásico los recién nacidos, los menores de 0 a 6 años (primera infancia), el grupo poblacional de los 6 a los 12 años –a menos que hayan alcanzado un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca en el ámbito médico y (ii) su concepto de muerte alcanza el nivel esperado para un niño mayor de 12 años–, así como niños, niñas y adolescentes que presenten estados alterados de conciencia, con discapacidades intelectuales y con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

La norma señala que los cuidados paliativos pediátricos se enfocan en garantizar la mayor calidad de vida posible en los menores –lo que incluye atención de los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales– y en acompañar a la familia durante el proceso y después de este, a la vez que indica quiénes son sujetos de este tipo de cuidados, los cuales deben ser garantizados sin que medie solicitud previa del paciente o de quien ejerza la patria potestad –y según criterio médico en determinados eventos– y pueden ser desistidos, igualmente, por solicitud del paciente o del adulto responsable de su cuidado, a fin de readecuar los esfuerzos terapéuticos conforme a los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad.

Seguidamente, el acto administrativo explica las etapas del procedimiento de muerte digna para adolescentes –y excepcionalmente para menores de 6 a 12 años⁵²–, en el cual, además de los principios generales contemplados en la Resolución 1216 de 2015, se establece el principio de prevalencia de cuidado paliativo⁵³. El procedimiento para la aplicación de la eutanasia comparte, en su mayoría, las mismas etapas previstas para los adultos, no obstante lo cual atiende de manera diferencial las particularidades que surgen del hecho de estar enfocado en menores de edad. En este sentido, se incorpora el deber de informar a quien ejerce la patria potestad del menor una vez este manifiesta su voluntad de morir dignamente para efectos de que exprese su concurrencia, la obligación de evaluar la readecuación de los esfuerzos terapéuticos, y la necesidad de valorar con precisión las aptitudes psicológicas y emocionales para la toma de decisiones en el ámbito médico, y de identificar el concepto de muerte que maneja el adolescente según su edad evolutiva, entre otras condiciones especiales.

En cuanto al consentimiento sustituto de los menores de edad, se establece que solo podrá otorgarlo quien ejerza la patria potestad –excluyéndose expresamente otras posibilidades de representación legal– y que operará para efectos de verificar la reiteración de la decisión que previamente haya manifestado el propio menor.

El procedimiento tiene, entonces, una fase inicial que comienza con la expresión de voluntad del menor y que se adelanta ante el médico tratante, luego de lo cual sigue la evaluación por parte del comité, con la programación concertada de fecha para realizar la eutanasia en caso de aprobación, y dejándose a salvo en todo caso la posibilidad de desistimiento.

Igualmente, la resolución asigna específicas funciones a los comités científicos interdisciplinarios, con los cuales deben contar todas las IPS que ofrezcan servicios de mediana y alta complejidad⁵⁸ y establece sus reglas de funcionamiento⁵⁹, así como contempla las competencias y obligaciones de las IPS⁶⁰ y las EPS.

Asimismo, se prevé que deberá rendirse informe de rigor sobre del procedimiento al Ministerio de Salud y Protección Social⁶² y, cabe anotar, esta resolución añade una función a la Superintendencia Nacional de Salud, relacionada con efectuar seguimiento a la garantía del derecho a morir con dignidad vía eutanasia de los niños, niñas y adolescentes, en ejercicio de sus competencias de inspección, vigilancia y control.

Resolución 2665 de 2018

En la Resolución 2665 del 25 de junio de 2018⁶⁴ se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada, el cual puede ser ejercido por *“cualquier persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y con total conocimiento de las implicaciones de esa declaración, respecto a no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan prolongar su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona y garantizando el cumplimiento de dicha voluntad”*, como garantía de la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad, en caso de que quien lo suscribe llegue a encontrarse, por diversas circunstancias, en imposibilidad de manifestar su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan prolongar su vida.

Se señala que tienen legitimación para suscribir documento de voluntad anticipada (i) los mayores de edad y los adolescentes entre 14 y 18 años (ii) que sean capaces y se hallen en pleno uso de sus facultades legales y mentales, (iii) ya sea que estén sanos o en estado de enfermedad, y (iv) con total conocimiento de las implicaciones que acarrea la suscripción de dicho documento.

Indica la resolución que el documento de voluntad anticipada debe contener la ciudad y fecha de expedición, la identificación de la persona, la indicación de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, libre de cualquier coacción y que conoce las implicaciones de su declaración, *“la manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto a sus preferencias en relación al cuidado futuro de su salud e integridad física, así como indicaciones concretas de su cuidado y preferencias al final de la vida, que considere relevantes en el marco de sus valores personales, su entorno cultural, sus creencias religiosas o su ideología”*, y por último la firma del declarante.

El documento puede constar por escrito o en medios como videos, audios u otros medios tecnológicos, así como a través de lenguajes alternativos que permitan establecer con claridad la autoría, el contenido y los demás presupuestos mencionados⁶⁸, y deberá formalizarse ante notario, o ante dos testigos, o ante el médico tratante⁶⁹. Asimismo, se prevén allí condiciones especiales para garantizar la expresión de voluntad de quienes no saben o no pueden leer y escribir, y de quienes no se expresan en idioma castellano⁷⁰. Además, indica el acto administrativo que el documento de voluntad anticipada puede ser modificado, sustituido o revocado en cualquier momento por quien lo suscribió, siguiendo unas pautas para garantizar la autenticidad y la claridad del sentido de la nueva declaración.

Respecto del cumplimiento de la voluntad anticipada del paciente, la Resolución 2665 de 2018 establece que los familiares o cualquier persona puede informar la existencia del documento o aportarlo con el fin de que sea tenido en cuenta y acatado por los profesionales de la salud, que el mismo deberá ser anexado a la historia clínica, que los médicos deben indagar a los parientes del paciente sobre si ha suscrito documento de voluntad anticipada y en caso afirmativo solicitar que lo alleguen para actuar de conformidad con la decisión allí plasmada, y que se debe garantizar en todo momento la confidencialidad.

Finalmente, la resolución dispone que la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con su función de la inspección, vigilancia y control, adelantará el seguimiento dentro del proceso de atención en salud para que se garantice el cumplimiento de la voluntad del paciente.

Resolución 971 de 2021

En esta resolución aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social el 1° de julio de 2021, se definen cuatro informes: reporte de las solicitudes, reporte de recepción por parte del médico, reporte de recepción y trámite por el comité, reporte del trámite de verificación y realización del procedimiento.

El reporte de las solicitudes de eutanasia: el prestador de servicios de salud, a través de los médicos en ejercicio que reciban la petición y el comité, deberá reportar desde el Sistema de Reportes de Solicitudes de Eutanasia la información de cada caso, el cual se llevará a cabo en tres etapas diferentes así:

- ✓ Reporte de la recepción del médico que recibe la petición.
- ✓ Reporte del comité interdisciplinar que recibe la información entregada por el profesional de la salud.

Reporte que actualiza el estado de la solicitud por parte del comité. Esto se lleva a cabo cuando se da la respuesta al paciente, tras la verificación del cumplimiento de requisitos.

Reporte de la solicitud por el médico: el profesional de la salud hará este informe como persona natural, dentro de las primeras 24 horas de recibir la solicitud. Deberá anexar los datos de identificación y especificaciones de la solicitud de acuerdo con el anexo técnico de la Resolución 971 de 2021.

Reporte de recepción y trámite por el comité: El comité reportará la fecha de notificación de la solicitud dentro de las 24 horas siguientes desde que es informado. Dentro de los 10 días siguientes, deberá actualizar el estado de revisión de la petición de muerte informada. Se debe tener presente que “el reporte de solicitud no reemplaza ni exime de las circunstancias que rodean el proceso asistencial de trámite y verificación, así como de la realización del procedimiento eutanásico”.

De igual forma, el comité encargado deberá reportar sobre el desistimiento de la solicitud o el fallecimiento del paciente en cualquier momento del proceso. De esta forma, se da por cerrado el caso.

Reporte del trámite de verificación y realización del procedimiento: el comité interdisciplinario deberá elaborar un documento dirigido al Ministerio de Salud y Protección Social reportando los hechos y condiciones en las que se practicó el procedimiento eutanásico. En este informe debe especificarse la información relacionada con el manejo de la solicitud, evaluaciones, valoraciones, conceptos médicos y demás relacionados con el trámite y el procedimiento de eutanasia.

En caso de incumplimiento por parte del médico, las IPS o las EAPB, la Resolución 971 de 2021 establece que el Ministerio de Salud notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que adopte las medidas necesarias y se garantice el derecho a morir dignamente según las disposiciones legales vigentes.

Además de lo anterior, el comité interno del Ministerio de Salud realizará la revisión y los datos recibidos de cada reporte con fines de seguimiento a cada solicitud, de gestión de conocimiento o estadísticos. De igual manera se indica que podrá requerirse información adicional a cada una de las partes que participa de estos protocolos, si se considera necesario.

Además, se asignaron funciones a las IPS y EAPB las siguientes funciones. De acuerdo con lo anterior, las IPS deberán:

- ✓ Ofrecer y disponer todo lo necesario para las evaluaciones y valoraciones para dar curso a la solicitud, sin perjuicio de la voluntad de la persona.
- ✓ Designar a los integrantes del comité.
- ✓ Permitir el acceso al comité tanto a la información como al paciente para que se realicen las verificaciones pertinentes.
- ✓ Comunicarse permanentemente con la EAPB.
- ✓ Garantizar que al interior de la IPS existan médicos no objetores, de conformidad con la orden dada por el comité o permitir el acceso a quienes no sean objetores para la práctica del procedimiento.
- ✓ Facilitar lo necesario para el funcionamiento del comité interdisciplinario.
- ✓ Velar por la reserva y confidencialidad de la información que deba conocer o tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento

de los datos personales estará sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

Por su parte, las funciones más importantes que deberán cumplir las EAPB son las siguientes:

- ✓ Asegurar la comunicación permanente con los integrantes del comité para conocer las decisiones que se adopten.
- ✓ Tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados por parte de las IPS o por parte de los usuarios.
- ✓ Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- ✓ Garantizar el trámite para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia cuando el caso se presente en las IPS que no tengan los servicios.
- ✓ Garantizar la disponibilidad de los prestadores que cuenten con los servicios necesarios para dar trámite a la solicitud y a las evaluaciones y valoraciones necesarias.
- ✓ No interferir, en ningún sentido, en la solicitud o decisión que adopte el paciente en relación con el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien.
- ✓ Garantizar la atención en salud derivada del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, atendiendo a la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad. De igual forma, se deberá garantizar al paciente y su familia la atención psicológica y médica que requieran durante el proceso.

Caso concreto

Descendiendo al caso que se examina, al confrontar los lineamientos de orden jurisprudencial especialmente los contenidos en la sentencia C 233 de 2021, con los fundamentos fácticos que suscitan la queja constitucional y el material probatorio arrimado, advierte el Despacho que la decisión a adoptar no puede ser otra que conceder el amparo solicitado, tal como se pasa a explicar: Como se expuso en líneas anteriores, la acción de amparo fue concebida como un mecanismo subsidiario para la protección de los derechos fundamentales, que sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable. Sin embargo, como viene de indicarse de los fundamentos fácticos, en especial lo advertido en la historia clínica de la accionante, dadas las particularidades de su estado de salud e incapacidad, aquella adquiere un estatus de sujeto de especial protección constitucional, requiriendo en dicha medida por parte del Estado y la Sociedad acciones positivas e inmediatas para la materialización de sus derechos fundamentales, y en ese sentido el requisito de la subsidiariedad se encuentra justificado, no solo porque la acción de tutela resulta ser el medio

más idóneo y eficaz para analizar de fondo la protección alegada, sino porque imponerle agotar la solicitud establecida en el artículo 15 de la Resolución 971 de 2021, que dispone: “El paciente que reciba una respuesta de no cumplimiento al trámite de su solicitud podrá requerir una segunda opinión de un Comité conformado por integrantes diferentes a los que sesionaron previamente” implica someterla a las pautas establecidas en la referida Resolución, misma que exige como requisito para la concesión del procedimiento eutanásico, que la enfermedad se encuentre en una fase terminal cuya expectativa de supervivencia sea inferior a seis (06) meses, cuando lo cierto es que la sentencia C 233 de 2021, revalúa dicha exigencia frente a los casos de enfermedad grave e incurable, por cuanto, se reitera, “no contribuye a maximizar la autonomía y la auto determinación y, en cambio, sí puede imponer la continuación de la vida en condiciones que la persona considera indignas o humillantes”, de modo que imponerle a la tutelante como requisito para acceder a la jurisdicción constitucional, agotar dicha solicitud, no resultaría acorde con la situación fáctica alegada, cuando es precisamente el contenido de la citada Resolución 971 de 2021, en términos de enfermedad en fase terminal lo que se cuestiona.

Establecida la procedencia de la acción de tutela, pasa el Despacho a analizar si la decisión emitida por el Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir Dignamente de la IPS Instituto Colombiano del Dolor S.A.S, del 8 de octubre del presente año, transgredió los derechos fundamentales de la señora MARIA SOLEDAD MEJIA HERRERA a morir dignamente, a la vida digna y a su libre desarrollo de la personalidad. Lo anterior como quiera que el derecho fundamental a la muerte digna se encuentra íntimamente relacionado con los derechos a la vida, dignidad humana y autonomía, por lo que, a voces del precedente jurisprudencial citado, obligar a una persona a prolongar por un tiempo indeterminado su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones equivale a un trato cruel e inhumano.

Según los documentos aportados con el escrito de tutela, esta no es la primera vez que la accionante expresa su deseo de acceder a la eutanasia, el día 29/05/2023 (folios 26), fue valorado por el Comité Científico Interdisciplinario, entidad que concluyó que. *“la paciente presenta una enfermedad crónico incurable MAS NO AVANZADA por el tiempo de evolución de la enfermedad. Así este comité decidió en el acta del día 29.05.2023 de manera unánime que la paciente MARIA SOSLEDAD MEJIA HERRERA c.c. 43001525 NO cumple los requisitos para acceder a la muerte digna a través del procedimiento de la eutanasia.”*

Asimismo, de las historias clínicas (fls.13/25), se reporta que la accionante es una persona de 62 años de edad, con 3 años de evolución de EP establecida, con pobre respuesta al tratamiento actual, expresa claramente el deseo de la eutanasia, expresa sufrimiento intenso físico y psicológico, dolor continuo que le impide incluso dormir, incapacidad para su autocuidado y progresión de los síntomas, NO desea intentar otros manejos ni con medicamentos ni con cirugía, no acepta más intervenciones, pacientes se encuentra en capacidad y competencia mental para tomar decisión eutanasia.

Que la paciente MARIA SOLEDAD MEJIA HERRERA, cursa con enfermedad de Parkinson de diagnóstico hace 3 años, se verifican criterios y al igual que se consideró en el comité científico-interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad realizado para la misma paciente el pasado 01 de agosto de 2022 se consideró que la paciente cursa con enfermedad degenerativa incurable, sin embargo hay tratamientos aún disponibles que ayuden al manejo sintomático y optimizar la calidad de vida (farmacológicos y quirúrgicos). Considerándose entonces que aún existen alternativa razonable de tratamiento específico para la enfermedad y el alivio de los síntomas (fls.23).

En igual sentido, se aprecia como criterio medular en estos casos, el consentimiento de la accionante de manera libre, informado e inequívoco respecto a recibir el procedimiento eutanásico, tal como se desprende de la solicitud inicial por aquella formulada; así como de las valoraciones médicas emitidas por la especialista tratante donde dan fe del consentimiento de la tutelante de acceder a dicho procedimiento, y en tal medida se activó el Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir Dignamente. Sin embargo, frente al criterio establecido por la H. Corte Constitucional, mediante a sentencia C 233 de 2021, respecto a la despenalización del homicidio por piedad y prevalencia del derecho a morir dignamente, el cual se traduce en que el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, ha de indicarse que aquel no obedece a factores posibles de cuantificar, en tanto se enmarca en un aspecto subjetivo del paciente frente a las aflicciones padecidas que le resultan incompatibles con su propia idea de la dignidad humana. Y es que, frente a este punto, el Máximo órgano de lo Constitucional, señaló: “Con miras a una mejor comprensión sobre la relevancia del sufrimiento en el ejercicio del derecho a la muerte digna, (...) que, más allá de las profundas discusiones científicas en torno al dolor y el sufrimiento, es necesario, para asegurar el goce efectivo del derecho, dar prevalencia a la dimensión subjetiva” (Subraya el juzgado)

Bajo los nuevos parámetros esbozados por la jurisprudencia constitucional, al haberse ampliado el derecho a morir dignamente para aquellos pacientes que padecen enfermedades o lesiones graves e incurables que les provoque intenso sufrimiento, considera el Despacho que la condición objetiva que se exigía para el primero de los requisitos varía, respecto a que la enfermedad debe ser calificada como terminal.

No obstante, y a pesar de que los cambios jurisprudenciales pudiesen ser aplicados a la accionante, existe petición realizada por la actora para la aplicación de la eutanasia, la cual ha sido negada, razón por la cual habrá de protegerse el derecho fundamental de la accionante, por estar probado que es un paciente diagnosticado con diversas enfermedades, que aunque no se encuentran en etapa terminal, si le causan dolor lo que le impiden vivir dignamente y no es requisito que se encuentra en estado agónico y con un grado de deterioro de su calidad de vida mayor, para optar por la decisión de elegir morir dignamente, con el acompañamiento de profesionales del área de la salud.

Por lo anterior, el Despacho ordenará a **SAVIA SALUD EPS** conformar un Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a fin de que brinde un acompañamiento integral y constante a la paciente y a

su familia en el proceso de adopción de la decisión de morir dignamente y posterior a ello. Lo anterior deberá realizarse en un término máximo de 15 días siguientes a la notificación de este proveído.

Una vez surtido lo anterior, y en caso de que la señora **MARIA SOLEDAD MEJIA HERRERA** persista en su decisión y brinde un consentimiento informado, libre e inequívoco, **SAVIA SALUD EPS** deberá adelantar, acompañar y garantizar el proceso de eutanasia de la accionante en el menor tiempo posible, que no podrá ser superior a lo que la paciente indique o máximo 15 días después de reiterada su decisión, con la aclaración de que en cualquier momento la enferma podrá desistir de su decisión.

Esta sentencia se notificará a las partes conforme lo establece el Artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

Si la presente providencia no fuere impugnada dentro del término de tres (3) días señalados en el Artículo 31 del Decreto 2561 de 1991, por la Secretaría se enviarán las diligencias a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Se desvinculan de la presente acción de tutela al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, dado que se ordena a SAVIA SALUD EPS, a cumplir la pretensión de la acción de tutela.

Por lo expuesto, el **JUZGADO DIECISIETE LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: Se TUTELA el derecho a morir dignamente, invocado por la señora **MARIA SOLEDAD MEJIA HERRERA**, con C.C. 43.001.525, en contra **SAVIA SALUD EPS, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, según se explicó en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: ORDENAR al doctor **EDWIN CARLOS RODRIGUEZ VILLAMIZAR** Representante Legal y/o quien sus veces de **SAVIA SALUD EPS**, para que dentro de quince (15) días siguientes a la notificación de este proveído, conformar un Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a fin de que brinde un acompañamiento integral y constante a la paciente **MARIA SOLEDAD MEJIA HERRERA**, con C.C.

43.001.525 y a su familia en el proceso de adopción de la decisión de morir dignamente.

Una vez surtido lo anterior, y en caso de que la señora **MARIA SOLEDAD MEJIA HERRERA** persista en su decisión y brinde un consentimiento informado, libre e inequívoco, **SAVIA SALUD EPS** deberá adelantar, acompañar y garantizar el proceso de eutanasia de la accionante en el menor tiempo posible, que no podrá ser superior a lo que el paciente indique o máximo 15 días después de reiterada su decisión, con la aclaración de que en cualquier momento la enferma podrá desistir de su decisión.

TERCERO: Se desvinculan de la presente acción de tutela al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECION SOCIAL, INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA, SUPER INTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, conforme a lo expuesto en la parte motiva de la sentencia.

CUARTO: NOTIFIQUESE este proveído a las partes y al vinculado tal como lo ordena el Artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

QUINTO: Si la presente providencia no fuera impugnada remítase el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



GIMENA MARCELA LOPERA RESTREPO
JUEZ

Firmado Por:
Gimena Marcela Lopera Restrepo
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Laboral 017
Medellin - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ae9b15038f76a1ece9898fa04882a43b977eb1e8be08b1b1d90c48100baca3**
Documento generado en 13/07/2023 02:59:57 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>