

**OBSTÁCULOS JURÍDICOS EN EL ACCESO AL DERECHO FUNDAMENTAL A
UNA MUERTE DIGNA EN COLOMBIA, EN SU MODALIDAD DE
PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA MORIR.**



Estudiantes:

Kevin Sebastián Gutiérrez Puentes

Leidy Ximena Gómez Madero

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE DERECHO

PROGRAMA DE DERECHO

BOGOTÁ D.C.

2025

**OBSTÁCULOS JURÍDICOS EN EL ACCESO AL DERECHO FUNDAMENTAL A
UNA MUERTE DIGNA EN COLOMBIA, EN SU MODALIDAD DE
PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA MORIR.**



Estudiantes:

KEVIN SEBASTIÁN GUTIÉRREZ PUENTES

LEIDY XIMENA GÓMEZ MADERO

Asesor metodológico: Jaime Alfonso Cubides Cárdenas

Asesor temático: Héctor Leonardo González García

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE DERECHO

PROGRAMA DE DERECHO

BOGOTÁ D.C.

2025

Tabla de contenido

1. Introducción.....	9
2. Abstract	10
3. Línea de investigación.....	10
CAPÍTULO UNO	11
4. ANTECEDENTES.....	11
4.1. Antecedentes internacionales	11
4.1.1 Bélgica	12
4.1.2 Países Bajos – conocido como Holanda.....	12
4.1.3 España	13
4.1.4 Luxemburgo	13
4.1.5 Suiza	13
4.1.6 Canadá.....	14
4.1.7 Austria	15
4.1.8 Italia.....	15
4.1.9 Alemania	15
4.1.10 Nueva Zelanda	16
4.1.11 Estados Unidos	16
4.2. Antecedentes latinoamericanos o regionales	17
4.2.1. México	17
4.2.2. Brasil	18
4.2.3. Argentina	18
4.2.4. Perú.....	19
3.2.5. Ecuador	19
4.3. Antecedentes nacionales	20
5. Ubicación del problema	29
5.1. Descripción del problema.....	29
5.2. Formulación del problema.....	30
6. Objetivos de la investigación	31
6.1. Objetivo general	31
6.2. Objetivos específicos	31
7. Justificación	31

8. Marcos de referencia	32
8.1 Marco histórico.....	32
8.1.1. Antigua Grecia.....	33
8.1.2. Antigua Roma.....	33
8.1.3. Edad Media	34
8.1.4. Siglos XV al XVIII.....	35
8.1.5. Siglos XIX y XX	36
8.1.6. Actualidad y tendencias recientes.....	38
8.1.7. Colombia	39
8.2. Marco institucional.....	41
8.2.1. Corte Constitucional de Colombia.....	41
8.2.2. Ministerio de Salud y Protección Social	42
8.2.3. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD).....	43
8.3. Marco jurídico	44
8.4. Marco geográfico.....	48
8.5. Marco teórico	49
8.5.1. Concepto de muerte digna.....	50
8.5.2. Concepto de eutanasia.....	52
8.5.3. Clasificación o tipología de eutanasia	53
8.5.4. Concepto de suicidio médicamente asistido	56
8.5.5. Clasificación o tipología de suicidio médicamente asistido	57
8.5.6. Concepto de cuidados paliativos	58
8.5.7. Clasificaciones o tipologías de los cuidados paliativos	59
8.5.8. Fundamentos constitucionales del derecho a morir dignamente.....	60
8.5.9. Teorías aplicables: los cuatro principios de la bioética de Tom L. Beauchamp y James F. Childress	62
8.5.10. Otras figuras jurídicas aplicables	68
9. Hipótesis	70
10. CAPÍTULO DOS: DISEÑO METODOLÓGICO.....	70
10.1. Tipo de investigación	70
10.2. Paradigma	70
10.3. Enfoque	71
10.3.1. Hermeneútico	71

10.3.2.	Descriptivo.....	72
10.3.3.	Fenomenológico	72
10.4.	Técnicas e instrumentos	73
11.	CAPÍTULO TRES: DEFINICIÓN JURÍDICA DE LA MODALIDAD DE PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA MORIR – EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO – DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.	74
11.1.	Definición de eutanasia	75
11.2.	Definición de suicidio médicamente asistido	76
11.3.	Definición jurídica de eutanasia conforme a los pronunciamientos de la Corte Constitucional	77
11.4.	Definición jurídica de suicidio médicamente asistido conforme a los pronunciamientos de la Corte Constitucional	78
11.5.	Diferencias conceptuales relevantes	80
12.	CAPÍTULO CUARTO: ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.....	80
12.1.	Metodología del análisis y líneas jurisprudenciales.....	81
12.2.	Análisis jurisprudencial	86
12.2.1.	Sentencia C-239 de 1997	86
12.2.2.	Sentencia T-970 de 2014.....	90
12.2.3.	Sentencia T-132 de 2016.....	95
12.2.4.	Sentencia C-327 de 2016	98
12.2.5.	Sentencia T-322 de 2017.....	102
12.2.6.	Sentencia T-423 de 2017.....	106
12.2.7.	Sentencia T-544 de 2017.....	110
12.2.8.	Sentencia T-721 de 2017.....	116
12.2.9.	Sentencia T-060 de 2020.....	119
12.2.10.	Sentencia C-233 de 2021	123
12.2.11.	Sentencia C-164 de 2022	127
12.2.12.	Sentencia T-239 de 2023	132
12.2.13.	Sentencia T-445 de 2024:	135
12.3.	Líneas jurisprudenciales.....	139
12.3.1.	Aportes y novedades jurisprudenciales.....	140
12.3.2.	Línea jurídico temporal	142
12.3.3.	Balance constitucional entre la intervención estatal (normativa) y el derecho a morir dignamente.....	143

12.4. Conclusiones	143
13. CAPÍTULO QUINTO: MECANISMOS PARA EVITAR EL USO INCONSTITUCIONAL A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.....	146
13.1. Definición, limitación y requisitos del derecho a la objeción de conciencia	147
13.2. Objeción de conciencia en el ámbito de la salud	151
13.3. Objeción de conciencia en personas jurídicas	152
13.4. Mecanismo para evitar el uso inconstitucional de la objeción de conciencia	155
13.5. Conclusiones del capítulo	159
14. CAPÍTULO SEIS: BARRERAS EN EL ACCESO AL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE CON CASOS ILUSTRADOS.	161
14.1. Desconocimiento del marco legal.....	162
14.2. Interpretación restrictiva del marco legal.....	164
14.2.1. Solicitud de requisitos adicionales a los contemplados en la normativa...	164
14.2.2. Limitación en la prestación con fundamento en estado de la enfermedad	166
14.2.3. El uso inconstitucional de la objeción de conciencia	167
14.2.4. Resumen del subtema: interpretación restrictiva del marco legal.....	169
14.3. Fallas estructurales en la prestación del servicio	169
14.3.1. Fallas de los profesionales de la salud, en la denegación de certificaciones y autorizaciones médicas.....	169
14.3.2. Falta de protocolos internos que deriva en la falla del servicio.....	171
14.3.3. Resumen subtema: fallas estructurales en la prestación del servicio.....	172
14.4. Ausencia de legislación específica.....	173
14.4.1. Inseguridad jurídica para prestadores y usuarios.....	173
14.4.2. Desigualdad territorial en la implementación del procedimiento.....	173
14.4.3. Falta de estandarización de protocolos y rutas	174
14.4.4. Carga excesiva sobre la Corte Constitucional como legislador de facto ..	175
14.4.5. Resumen subtema: Ausencia de legislación específica	177
14.5. Tabla de síntesis: tipos de barreras, ejemplos y normas vulnerados.....	178
14.6. Conclusiones del capítulo	179
15. CAPÍTULO SÉPTIMO: RESULTADOS.....	180
15.1. Reconocimiento jurisprudencial del derecho a morir dignamente y la omisión legislativa.....	180
15.2. Obstáculos normativos: Ausencia de un marco legal integral y reglamentaciones inconsistentes	181

15.3. Obstáculos institucionales: Objeción de conciencia, omisiones administrativas y debilidad en el control	181
15.4. Obstáculos procesales: Judicialización sistemática y tutela como única vía de acceso al derecho a morir dignamente.....	182
15.5. Obstáculos socioculturales: estigmatización, desconocimiento y barreras simbólicas	182
16. CAPÍTULO OCTAVO: IMPACTO SOCIO-JURÍDICO Y ACTIVIDADES DE DIVULGACIÓN.	
183	
16.1. Impacto jurídico y aporte para la labor del legislador:	184
16.2. Impacto institucional y utilidad para profesionales de la salud:	184
16.3. Impacto en la ciudadanía; empoderamiento y acceso a instrumentos jurídicos: .	185
16.4. Actividades de divulgación realizadas por los autores:	185
16.5. Anexos:.....	186
16.6. Cierre; contribución socio-jurídica de la investigación:	191
17. CONCLUSIONES GENERALES:	191
18. Referencias	195

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Marco jurídico</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 2. Diferencias conceptuales relevantes entre eutanasia y asistencia médica al suicidio.....</i>	<i>80</i>
<i>Tabla 3. Triada metodológica.....</i>	<i>86</i>
<i>Tabla 4 Aportes y novedades jurisprudenciales.</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Tabla 5. Tipos de barreras y normatividad vulnerada.</i>	<i>178</i>

Índice de figuras

<i>Figura 1. Corte Constitucional de Colombia.....</i>	<i>42</i>
<i>Figura 2. Ministerio de Salud y Protección Social</i>	<i>43</i>
<i>Figura 3. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente</i>	<i>44</i>
<i>Figura 4. Mapa de Colombia</i>	<i>49</i>
<i>Figura 5. Resumen interpretación restrictiva del marco legal</i>	<i>169</i>
<i>Figura 6. Resumen fallas estructurales en la prestación del servicio.....</i>	<i>172</i>
<i>Figura 7. Resumen ausencia de legislación específica</i>	<i>178</i>

Índice de ilustraciones

<i>Ilustración 1</i>	<i>186</i>
<i>Ilustración 2</i>	<i>187</i>
<i>Ilustración 3</i>	<i>187</i>
<i>Ilustración 4</i>	<i>188</i>
<i>Ilustración 5</i>	<i>188</i>
<i>Ilustración 6</i>	<i>189</i>
<i>Ilustración 7</i>	<i>190</i>

1. Introducción

La muerte, como parte inherente a la vida, ha sido concebida como un proceso natural e inevitable. Sin embargo, en las últimas décadas, los avances de la medicina han extendido la esperanza de vida y han modificado nuestra percepción de la muerte, generando un intenso debate sobre el derecho a una muerte digna. La eutanasia, definida en términos generales como “la acción u omisión intencional por parte del médico, con la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, para aliviar el sufrimiento causado por la enfermedad” (Díaz Rodríguez, & Briones Cedeño, 2019, párr. 19) es una de las opciones para enfrentar el final de la vida, dentro de las prestaciones específicas para morir, de manera digna, pero ha sido objeto de profundas controversias, tanto a nivel ético como jurídico.

El caso colombiano, es pionero en América Latina en la despenalización de esta práctica, estableciendo un marco jurídico, especialmente, jurisprudencial para regular su aplicación. Desde la sentencia C-239 de 1997, la eutanasia es legal bajo ciertas condiciones y principios para su práctica como la existencia de una enfermedad terminal, un sufrimiento físico o mental insoportable, la existencia de un consentimiento informado y la capacidad de decisión del paciente y, por último, la revisión por parte de un comité médico. En dicha sentencia, la corporación reconoció el derecho a una muerte digna dentro del marco de la dignidad de la persona. Asimismo, la Corte Constitucional mediante otros fallos hito ha establecido distintos criterios y profundizado en el concepto de muerte digna.

Sin embargo, a pesar de este avance normativo, la implementación del derecho a morir dignamente en Colombia, con énfasis en la modalidad de prestaciones específicas para morir, enfrenta una serie de obstáculos jurídicos, por eso, la relevancia de esta investigación que, se centra en identificar los desafíos jurídicos que ha enfrentado su implementación, sobre todo en la eutanasia en Colombia,

desde su despenalización, a través de un exhaustivo estudio de la jurisprudencia y casos ilustrados.

2. Abstract

Death, as an inherent part of life, has been conceived as a natural and inevitable process. However, in recent decades, advances in medicine have extended life expectancy and changed our perception of death, generating an intense debate about the right to a dignified death. Euthanasia, defined in general terms as "the intentional action or omission by a physician, with the intention of causing the death of a terminally ill or highly dependent patient, to alleviate the suffering caused by the illness" (Díaz Rodríguez & Briones Cedeño, 2019, para. 19), is one of the options for addressing the end of life, within the specific benefits for dying with dignity, but it has been the subject of profound controversy, both ethically and legally.

The Colombian case is a pioneer in Latin America in the decriminalization of this practice, establishing a legal framework, especially jurisprudential, to regulate its application. Since Ruling C-239 of 1997, euthanasia has been legal under certain conditions and principles for its practice, such as the existence of a terminal illness, unbearable physical or mental suffering, the existence of informed consent and the patient's capacity to decide, and, finally, review by a medical committee. In this ruling, the court recognized the right to a dignified death within the framework of human dignity. Likewise, the Constitutional Court, through other landmark rulings, has established different criteria and delved deeper into the concept of a dignified death.

However, despite this regulatory progress, the implementation of the right to die with dignity in Colombia, with an emphasis on the provision of specific dying benefits, faces a series of legal obstacles. Hence the relevance of this research, which focuses on identifying the legal challenges that its implementation has faced, especially in the case of euthanasia in Colombia, since its decriminalization, through an exhaustive study of jurisprudence and illustrated cases.

3. Línea de investigación

El presente proyecto, titulado “Obstáculos jurídicos en el acceso al derecho fundamental a una muerte digna en Colombia, en su modalidad de prestaciones específicas para morir ”, se enmarca en la línea de investigación institucional **“Estado, Sociedad y Cultura”**, dado que, el objetivo general del estudio es identificar los obstáculos jurídicos para el ejercicio efectivo del derecho a morir dignamente en Colombia, con lo cual, aborda las problemáticas que se presentan entre la consagración de los derechos y su ejercicio real, también, cuando dichos derechos entran en conflicto con los valores morales y culturales. Además, los obstáculos del derecho a morir dignamente reflejan una problemática que la línea incluye explícitamente en el “ámbito social y público”.

CAPÍTULO UNO

4. ANTECEDENTES

El debate sobre el derecho a morir dignamente, especialmente, respecto a la eutanasia se centra en la colisión de dos derechos considerados fundamentales o inherentes al humano como el derecho a la vida y la autonomía personal. Por lo que, para cumplir con los objetivos planteados en la investigación, es necesario revisar los antecedentes respecto al derecho a morir dignamente, especialmente en la eutanasia, por eso, se procederá a revisar los antecedentes de la siguiente manera: i) antecedentes internacionales; ii) antecedentes regionales y iii) antecedentes nacionales.

4.1. Antecedentes internacionales

El reconocimiento jurídico del derecho a morir dignamente ha evolucionado en diversos sistemas jurídicos del mundo a partir de debates filosóficos, éticos y constitucionales. Algunos países han legislado la eutanasia a través de sentencias judiciales que han sentado las bases para despenalización y regulación del suicidio médicamente asistido. Pese a que en Colombia ambas modalidades de acceso al

derecho a morir dignamente se encuentran reguladas a través de la jurisprudencia y resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social – respecto a la eutanasia –, el país se ha quedado rezagado respecto a la seguridad jurídica frente al derecho a morir dignamente. En la actualidad son varios los países los que han regulado el derecho a morir dignamente, especialmente, a través de la eutanasia, como los siguientes casos de:

4.1.1 Bélgica

Este país tiene despenalizada la eutanasia, desde el 2002, mediante la Ley relativa a la eutanasia. Evidentemente, se deben cumplir una serie de requisitos para acceder al derecho a morir dignamente, estos son:

- i) “La solicitud es realizada por un paciente adulto, un menor emancipado o un menor dotado de discernimiento y consciente en el momento de la solicitud, quien la realiza de manera voluntaria, con cuidado, en reiteradas ocasiones, y no es el resultado de presiones externas. ii. Se trata de un paciente que se encuentra en una situación desesperada, en la que médicos informan sobre un sufrimiento (físico o psíquico) constante e insoportable que no puede ser aliviado. iii. Que tal sufrimiento es causado por una lesión o condición patológica grave e incurable. En el caso del menor con capacidad de discernimiento, se exige además que se encuentre en una situación terminal, según la cual se prevea el resultado de muerte en un futuro próximo (Lampert Grassi, 2019a, p. 2-3).

Al igual que en el caso colombiano, este país otorga validez a las declaraciones anticipadas por escrito. Asimismo, contempla “un procedimiento de notificación y control a posteriori, que se realiza ante la Comisión Federal para la supervisión y evaluación de la aplicación de la ley” (Lampert Grassi, 2019a, p. 3).

4.1.2 Países Bajos – conocido como Holanda-

En Holanda, se encuentra regulado el derecho a morir dignamente – tanto eutanasia como suicidio médicamente asistido – a través de la “Ley de Terminación de la vida a petición y suicidio asistido de 2002” (Buriticá Arango, 2023, p.10). Cabe señalar

que, realiza una distinción entre adultos y menores de edad. Respecto a esta distinción, entre adultos, niños y adolescentes, se diferencian en la capacidad de dar el consentimiento, dado que, en adultos solo basta demostrar la satisfacción de los requisitos que se tienen en la mayoría de las legislaciones; por su parte, si los menores tienen de 12 a 16 años, además de su voluntad, necesitan demostrar el consentimiento de sus padres o tutores.

4.1.3 España

En el caso de España, su despenalización se realizó por vía legislativa, plasmado en la “Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido (Ley 3, 2021)” (Buriticá Arango, 2023, p.10) Dicha ley consagra el marco legal para el acceso al derecho a morir dignamente y en ella se detalla quién puede solicitarla, cuándo se puede solicitar y bajo qué requisitos se podrá solicitar este derecho.

4.1.4 Luxemburgo

Este país, también, lo realizó mediante legislación idónea a través de la “Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido, 2009)” (Buriticá Arango, 2023, p.10). Mediante esta ley, reguló tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido. Dentro de sus condiciones establece:

- i. Se trata de un paciente adulto, consciente y capaz al momento de efectuar la solicitud; ii. La petición es voluntaria, no responde a presiones externas y es reiterada; iii. El paciente se encuentra en una situación médica desesperada, que le reporta un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable sin perspectiva de mejora, y es el resultado de un accidente o enfermedad; iv. Se trata de una solicitud escrita (Lampert Grassi, 2019a, p. 2-3).

4.1.5 Suiza

Este país tiene una posición inusual respecto al derecho a morir dignamente, ya que, la eutanasia es ilegal pese a los debates sobre su despenalización. No obstante, el suicidio asistido está permitido y puede ser realizado por no médicos, en otras palabras:

[Tienen] una libertad jurídica originada por la falta de regulación. Efectivamente, el sistema jurídico suizo no permite ni prohíbe expresamente la asistencia al suicidio. La única disposición sobre el tema es el artículo 115 del Código Penal (1937), que castiga solo a quienes presten ayuda al suicidio, consumado o tentado, «por motivos egoístas». El suicidio asistido que se realiza por motivos altruistas carece entonces de regulación. Para el derecho penal es una conducta atípica y para el derecho constitucional una conducta no tutelada, salvo por la libertad general de acción (Buriticá Arango, 2023, p. 32).

Pese a que no exista una regulación concreta, la Corte Suprema, respetando las decisiones jurisprudenciales del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha establecido que la autonomía de las personas les permite decidir en qué momento y el cómo morir.

4.1.6 Canadá

Al igual que en Colombia, este país reguló el derecho a morir dignamente - denominado MAiD- a través de su alta corte. En el año 2015:

La Corte Suprema reconoció originalmente el derecho al suicidio asistido a los adultos capaces que «claramente consienten en la terminación de la vida» y «tienen una condición médica grave e irremediable (incluyendo una enfermedad, dolencia o discapacidad) que causa un sufrimiento duradero e intolerable» (Carter v Canada, 2015, §147). Aunque la Corte no exigió que la enfermedad fuese física, el Parlamento ha descartado —al menos temporalmente— que las enfermedades mentales den acceso a la asistencia médica para morir (Buriticá Arango, 2023, p. 23).

No obstante, debido al proyecto de Ley C-7:

incluso aquellos que no están cerca de la muerte pueden ahora tener acceso a MAiD en Canadá. La ley autoriza a los médicos o enfermeros a proceder a la inyección letal incluso en el caso de una persona que ya no esté en su sano juicio, si esta lo ha solicitado previamente (Giojelli, 2022, párr. 7).

4.1.7 Austria

Este país europeo realizó la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido mediante el Tribunal Constitucional, el cual:

Reconoció el derecho al suicidio asistido de «personas capaces de libre autodeterminación y responsabilidad personal» (G 139/2019-71 11, diciembre de 2020). Según el Tribunal, «no está justificado prohibir a la persona dispuesta a morir recibir ayuda de un tercero de cualquier tipo y forma en relación con el suicidio (...) solo pueden acceder al suicidio asistido los mayores de edad. Sin embargo, el Tribunal no especificó la naturaleza de la enfermedad que da acceso al suicidio asistido. Alude vagamente a «personas enfermas o lesionadas con falla irreversible de una o más funciones vitales, en las que se espera la muerte en poco tiempo», pero no establece que esas sean las condiciones bajo las cuales el suicidio asistido está permitido. [Por fortuna], En Canadá y Austria, luego de que los jueces despenalizaran la muerte asistida en 2015 y 2020, respectivamente, el legislador tardó un año para regularla (Buriticá Arango, 2023, pp. 14-16).

4.1.8 Italia

Respecto a este país:

El Tribunal Constitucional italiano permitió en 2019 el suicidio asistido —no la eutanasia activa— de pacientes adultos con enfermedades terminales e irreversibles, sujetos a tratamientos de soporte vital como la alimentación y la hidratación artificiales (Sentenza 242/2019, 2019). Es decir, según el tribunal italiano, los pacientes con enfermedades terminales, pero no sujetos a tratamientos de soporte vital o no mayores de edad, no tienen acceso al suicidio asistido (Buriticá Arango, 2023, p. 15).

4.1.9 Alemania

De igual modo, en Alemania:

El Tribunal Constitucional reconoció en 2019 el derecho a solicitar y obtener asistencia al suicidio de instituciones privadas que ofrezcan comercialmente

el servicio, dado que la asistencia no comercial del suicidio, proporcionada por parientes, ya estaba permitida. Además, sostuvo que, en principio, el derecho no cobija únicamente a las personas que padecen enfermedades terminales o incurables, por lo que —puede inferirse— también es aplicable a algunas personas con enfermedades curables. Finalmente, sostuvo que el derecho al suicidio asistido «no se aplica solo en determinadas etapas de la vida», abriendo la posibilidad de que también los menores accedan al procedimiento (Buriticá Arango, 2023, p. 14).

4.1.10 Nueva Zelanda

El país del continente oceánico tiene una larga discusión de carácter ético, legal y social en proyectos de ley que buscaban regular el derecho a morir dignamente. No obstante, tras varios intentos y que todos fuesen rechazados, aunado a los casos mediáticos de personas que padecían enfermedades terminales, se realizaron múltiples referendos que buscaban la aprobación de este derecho.

No sería hasta:

El cuarto intento en 2019, cuando finalmente el Parlamento de Nueva Zelanda aprobó la Ley de Elección del Fin de la Vida (End of Life Choice Act), que entró en vigor el 7 de noviembre de 2021, tras un referéndum celebrado en octubre de 2020, donde el 65,1% de los votantes apoyaron la ley, frente a un 33,7% de rechazo (Electoral Commission, 2020). La Ley de Elección del Fin de la Vida permite a los adultos, bajo ciertas condiciones estrictas, solicitar la muerte asistida (Morales Estay, 2024, p. 1).

Cabe destacar que a la fecha es el único país que ha utilizado el referéndum para decidir sobre la eutanasia, por lo que, es una ley con más legitimidad que en otros países debido a la ratificación que proporcionó el pueblo.

4.1.11 Estados Unidos

Este país tiene un sistema de gobierno federativo, por lo que, no se podría hablar por completo como país. Sin embargo, se ha reconocido el suicidio asistido, mientras la supervivencia del paciente sea de seis meses o menos, en los siguientes

Estados: “Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009, por decisión judicial), Vermont (2013), California (2015), Colorado (2016), Washington D.C. (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019), Maine (2019) y Nuevo México (2021)” (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente [DMD], 2025, párr. 5).

En resumen, los antecedentes internacionales muestran una tendencia clara hacia el hecho de que la muerte digna es progresivamente aceptada como una expresión de la autonomía y la dignidad humana. No obstante, los modelos jurídicos oscilan entre la legalización plena, por vía de la legislación como Nueva Zelanda o España; legislación parcial, por vía judicial como Austria o Italia; regulación restringida como Suiza o en algunos estados norteamericanos.

4.2. Antecedentes latinoamericanos o regionales

Contrastando con los antecedentes internacionales, en América Latina, la evolución del derecho a morir dignamente ha sido más tímida y fragmentada, aunque ha ganado visibilidad en la última década no hay avances legislativos sustanciales que permitan a las personas acceder, conforme a su autonomía al derecho a morir dignamente.

4.2.1. México

Este país no tiene regulado el derecho a morir dignamente. Sin embargo:

“Un acercamiento a este tema es la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada (LVA) en la Ciudad de México en el año 2008 y en otros estados también se legisló una LVA similar. Esta ley tiene como objetivo no someter a los enfermos con una enfermedad en fase terminal a medios o tratamientos que alarguen su agonía y evitar la obstinación terapéutica” (Ordoñez Vásquez & Ortiz Millán, 2023, p. 3).

De igual modo, se ha implementado la LVA en otros Estados del país. Sin embargo, este tipo de documentos no satisfacen a cabalidad el derecho a la autonomía y no permite el acceso al derecho a una muerte digna.

4.2.2. Brasil

Pese a las múltiples discusiones teóricas entre médicos, filósofos, religiosos y profesionales del derecho en este país:

“La eutanasia es considerada delito de homicidio en virtud del artículo 121 del Código Penal, y, dependiendo de las circunstancias, la conducta del agente también se puede configurar como delito de inducción, instigación o ayuda al suicidio, como consta en el artículo 122. Además, de conformidad con el artículo 41 del sexto Código de Ética Médica, está prohibido al médico acortar la vida médica del paciente, aunque fuera a pedido de este o de su representante legal. También señala que, en caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas (Reis de Castro et al., 2016, p. 361).

4.2.3. Argentina

Por su parte, en Argentina, mediante la Ley 26.742 de Muerte Digna (2012) regula el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos médicos – eutanasia pasiva – y acceder a cuidados paliativos, sin legalizar la eutanasia activa. Si bien esta ley reconoce el derecho a la autonomía que tiene el paciente para decidir sobre su tratamiento, excluye toda posibilidad de intervención directa por parte de profesionales de la salud que puedan provocar la muerte.

Es necesario recalcar que Argentina, pese a los múltiples proyectos de Ley para regular el derecho a morir dignamente, se encuentra en una encrucijada desde el punto de vista jurídico-religioso, dado que, su “Constitución Nacional en su artículo 2 proclama sostener el culto católico ... el porcentaje de creyentes de esta religión resulta mayoritario oscilando el 63% de su población” (Pinto, 2022, p. 13).

Precisado lo anterior, es más fácil entender el por qué dicho país se encuentra en una encrucijada, pues, las religiones del mundo tienden a reconocerle un valor sagrado a la vida y sólo Dios puede disponer de ella.

4.2.4. Perú

En el país vecino de Perú, donde la Corte Suprema en julio de 2022 ratificó una histórica y polémica decisión, en la cual, la Corte Superior de Justicia de Lima en el 2021, ordenó al Ministerio de Salud de Perú que respetará la voluntad de Ana Estrada Ugarte, quien padecía polimiositis –una enfermedad rara y degenerativa que inflama y debilita los músculos– de poner fin a su vida a través de la eutanasia, cuando ella lo quisiese, por lo que, se tenía que inaplicar el Código Penal en dicho caso, para evitar que los funcionarios que intervinieran en su tratamiento fueran procesados por el delito de homicidio piadoso.

No obstante, consideraron que “la muerte digna como un derecho no fundamental porque aún tiene muy presente el rol paternalista del Estado según el cual una persona no puede decidir sobre su muerte” (Ala Pacca, s.f., párr. 16). En este mismo sentido, se señaló que caso de Ana Estrada, quien a la fecha ya se practicó la eutanasia, era una excepción al orden jurídico establecido, no la regla general.

3.2.5. Ecuador

En este país “no estaba permitido ningún tipo de práctica que afecte la vida y salud de las personas, por el contrario, la Constitución de Ecuador, en varios artículos, garantiza el derecho a la vida, ampara la salud, bienestar, entre otros derechos similares” (Cazar Auquilla & Villalva, 2024, p. 3751).

Sin embargo, mediante la sentencia 67-23-IN/24, emitida por la Corte Constitucional de Ecuador en el 2024, se convirtió en el segundo país latinoamericano en despenalizar la eutanasia. Dicha decisión, se tomó con base en la lucha de Paola Roldán quien padecía esclerosis lateral amiotrófica (ELA), una enfermedad neurodegenerativa que provoca una parálisis muscular progresiva, causando síntomas incontrolables y dolorosos, y eventualmente llevando a la muerte.

En consonancia con lo anterior:

El tribunal determinó que el artículo 144 es inconstitucional únicamente cuando un médico accede libre, informada e inequívocamente a la solicitud de eutanasia activa de un paciente que sufre de una condición grave e

irreversible, una lesión física severa, o una enfermedad incurable que provoque dolores intensos, con en el consentimiento informado y la situación médica del paciente (Cazar Auquilla & Villalva, 2024, p. 3754).

Asimismo, utilizó sentencias de la Corte Constitucional de Colombia como ejercicio de derecho comparado para tomar la decisión. Dentro de sus consideraciones señaló que el Defensor del Pueblo preparará un proyecto de ley que regule los procedimientos eutanásicos y, a su vez, la Asamblea Nacional tendría un plazo máximo de 12 meses para aprobarlo. De ese modo, se convirtió en el segundo país latinoamericano y el noveno del mundo en despenalizar la eutanasia, marcando un hito para la región.

Razones por las cuales, se puede asegurar que América Latina muestra una tendencia creciente hacía el reconocimiento judicial o legislativo del derecho a morir dignamente, especialmente, en contextos de enfermedad terminal o irreversible. Sin embargo, aún existen grandes vacíos normativos, resistencia institucional, desconocimiento por parte de la ciudadanía y una fuerte influencia religiosa que impide la reglamentación efectiva de este derecho.

4.3. Antecedentes nacionales

En Colombia, el desarrollo normativo y jurisprudencial del derecho a morir dignamente ha sido pionero en América Latina, esto en parte, debido al surgimiento de la Constitución Política de 1991 y su modelo garantista, pluralista y respetuoso de los derechos individuales, que establecieron novedades que en el ámbito jurídico resultarían indispensables para el reconocimiento al derecho a morir dignamente. Entre las novedades que se han dado, se mencionan las siguientes:

- Se estableció en su artículo primero que, “la Constitución define a Colombia como un Estado social y democrático de derecho. En este punto, se trabajó en aspectos como la igualdad de derechos en la familia en los artículos 42 y 43, rompiendo así el esquema tradicional que arrastraba la Carta anterior” (Hurtado Quintero & Marín Reina, 2021, p. 36).

- Del mismo modo, se incorporaron los derechos fundamentales que inevitablemente llevaron a cambios destacados como, por ejemplo:

El establecimiento de los derechos fundamentales de los menores bajo el principio de “prevalencia del interés superior del menor” en el artículo 44; la apertura hacia la libertad de cultos en el artículo 19, lo cual es consecuente con el establecimiento del Estado laico; la paz como derecho y deber en el artículo 22; la fijación de derechos de aplicación inmediata en el artículo 85; y la prohibición de restringir los derechos humanos en el marco del Estados de excepción, como lo explica el artículo 93. Bajo esta última disposición normativa, la Carta también admitió que bajo la figura del bloque de constitucionalidad puedan integrarse otros derechos contemplados en disposiciones internacionales de derechos humano; incluso, el artículo 94 destaca que pueden existir algunos que sean innominados (Hurtado Quintero & Marín Reina, 2021, p. 36).

Cabe agregar que, al tener la denominación de derechos fundamentales, gozan de una jerarquía superior y, por lo tanto, tienen un carácter de especial protección para alcanzar la no vulneración de estos.

- En tercer lugar, la Constitución estableció un aspecto innovador en la:

Incorporación de acciones —en su mayoría públicas— tendientes a la protección de los derechos constitucionales y la supremacía constitucional. Destacan sobremanera la acción de tutela en el artículo 86 frente a derechos fundamentales y la acción popular en el artículo 88 respecto de derechos e intereses colectivos (Hurtado Quintero & Marín Reina, 2021, p. 37).

Es digno de mención que, Carrera Silva (2011) señaló que la acción de tutela es el mecanismo más importante consagrado en la Constitución para lograr la defensa

material de los derechos fundamentales.

- Por su puesto, se realizó la inclusión de muchas otras normas novedosas para la época, especialmente, en Latinoamérica. Sin embargo, se finalizará destacando que mediante el artículo 241 que expresamente sostiene “A la Corte Constitucional se le confía la guarda de la integridad y supremacía de la Constitución” (Constitución Política de Colombia [C.P.], 1991, art. 241), por lo cual se le adjudicó a la Corte Constitucional la salvaguarda de la Constitución, la cual desde dicho momento, ha presentado un papel trascendental en la protección, transformación y evolución del ordenamiento jurídico, desde perspectivas políticas, éticas y culturales de la sociedad colombiana; otorgando así grandes precedentes jurisprudenciales en diferentes áreas.

Dicho contexto permite brindar un acercamiento, para el año 1997 se demanda la constitucionalidad del Código Penal de 1980, que consagraba en su artículo 326 el tipo penal de “Homicidio por piedad”, en el cual se consagraba que: “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” (Código Penal, 1980, art. 326).

El demandante argumentaba que la pena en dicho tipo era inferior, comparada con cualquier tipo penal que consagrara el homicidio; por lo que, el bien tutelado, se ponía en riesgo y contradecía al derecho a la vida, que se establece explícitamente como inviolable en el artículo 11 de la Constitución Política de Colombia.

En dicho análisis, la Corte Constitucional decide, no solo declarar como constitucional el artículo en ella demandado, sino también, eximir a los médicos del delito de homicidio por piedad y regular el derecho a la muerte digna en su modalidad de prestaciones específicas para morir con los siguientes requisitos:

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. 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 (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997, pp. 6-7).

En otras palabras, declaran la exequibilidad condicionada del artículo demandado.

Es necesario recalcar que, “Lo que hace relevante y distinto el caso colombiano frente a otras legislaciones relacionadas con la eutanasia en el mundo es que la CC basó su decisión en la preponderancia de derechos fundamentales” (Díaz Amado, 2017, p. 130). Se determinó que el derecho a la vida no es absoluto, pues, su valor debe sopesarse en relación con los principios anteriormente mencionados.

En ese mismo sentido:

Uno de los principales argumentos utilizados por la Corte Constitucional para la despenalización y regulación de la misma, fue el derecho a morir con dignidad, el cual se contrapone a la premisa de que la vida fue proporcionada por un ser superior, y nadie tiene derecho bajo ninguna circunstancia a atentar contra la misma (Aguilar Cortés, 2016, p. 9).

Con estos elementos, la Corte Constitucional, demuestra el cumplimiento del deber del Estado de proteger la vida, compatible con la dignidad humana y la autonomía, separándose así de cualquier aspecto religioso y cumpliendo con la determinación de Colombia como un Estado laico. Sin embargo, ante el incumplimiento del Congreso de regular la muerte digna y la ausencia de un marco legal, se generó

incertidumbre en los pacientes y profesionales de la medicina, al no tener claras las condiciones en el que el servicio debía ser ofrecido.

De este modo, se generó un nuevo pronunciamiento de la Corte Constitucional por medio de la sentencia T-970/14:

Cuando una paciente, con cáncer terminal, interpuso en 2013 una acción de tutela para exigir a su empresa de salud la eutanasia que le había sido negada alegando falta de regulación. Aunque la paciente murió esperando recibir la atención solicitada, la CC decidió estudiar dicha tutela por considerar el tema de importancia. Al resolverla, mediante Sentencia T-970 del 15 de diciembre de 2014, la CC reafirmó lo dicho en la Sentencia C-239 de 1997 en cuanto a que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental en Colombia. Además, y teniendo en cuenta que el Congreso continuaba sin legislar sobre la materia, la CC le solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) que en un plazo muy corto (30 días), estableciera una guía para que tanto proveedores de servicios de salud como pacientes supieran cómo proceder con relación con la eutanasia (Díaz Amado, 2017, p. 132).

Obedeciendo, el pronunciamiento de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social, estableció los primeros lineamientos para el acceso al derecho a morir dignamente en Colombia, a través de la Resolución 1216 de 2015:

Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216, 2015).

Por otra parte, en el 2016 se expidió la Resolución 4006 mediante la cual “Se crea un comité interno en el Minsalud para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, realizando un análisis a los reportes

emitidos por los comités científicos interdisciplinarios de los prestadores de servicios de salud” (Quintero Cusguen, 2021, p. 221).

A pesar de la Resolución del año 2015, por medio de la sentencia T-544/17, la Corte Constitucional:

Con ocasión de la solicitud del procedimiento eutanásico de parte de los padres de un menor con parálisis cerebral infantil espástica secundaria e hipoxia neonatal, epilepsia de difícil control, escoliosis severa, displasia de cadera bilateral, reflujo gastroesofágico severo, además de retraso mental severo -así denominado-, la corte en relación al derecho fundamental a morir con dignidad reitera que la jurisprudencia lo reconoce al observar la relación que guarda con la dignidad humana, con el respeto por la autodeterminación de las personas, una concepción de la vida que va más allá de la simple existencia (Murcia Peña, 2021, p. 47).

Por lo anterior se impuso al Ministerio de Salud la responsabilidad de establecer un protocolo para el acceso al derecho a morir dignamente en menores de edad, lo cual llevo a cabo mediante la resolución 825 de 2018.

A su vez, la sentencia T 423 de 2017:

Emitida el 04 de julio de 2017 y cuyo magistrado ponente fue Iván Humberto Escruería Mayolo, se estudió el caso de Sofía, joven de 24 años de edad que padecía un cáncer agresivo y que la condujo a recibir morfina para el manejo del dolor en la última etapa de su enfermedad. Por medio de su madre Adriana, como agente oficiosa, se solicitó la práctica de un procedimiento eutanásico. Sin embargo, en su lugar de residencia, departamento de Arauca, no disponían de un Comité Científico Interdisciplinario y la menor murió sin acceder al servicio. Por esa razón, la Sala Sexta declaró la existencia de un daño consumado. Además, dictó un conjunto de órdenes orientadas a asegurar el servicio en lugares en donde la geografía nacional presenta limitaciones como las que se evidenciaron en el caso sometido a examen (Franco Noreña, 2024, p. 117).

Además, la Corte Constitucional en la parte resolutive, dispone lo siguiente:

Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de treinta (30) días contados a partir de la notificación de esta sentencia, inicie las gestiones pertinentes para: (i) adoptar las medidas necesarias para garantizar el efectivo cumplimiento y la correcta implementación de la Resolución 1216 de 2015, iniciando por **la creación de un mecanismo eficaz mediante el cual tenga conocimiento de todos los casos de muerte digna desde el mismo momento en que el paciente lo solicite, y las demás medidas que estime pertinentes**; y (ii) gestionar lo necesario para que todas las EPS e IPS del país emitan una carta de derechos para los pacientes en las que se ponga en conocimiento público de los usuarios del sistema de salud sus derechos y deberes en lo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-423, 2017).

A pesar de que la Corte Constitucional emitió dicha orden, no sería sino hasta el año 2021 en que se expidió la Resolución 971 del 2021 mediante la cual el “Minsalud realiza una ruta definida que establece el proceso para la recepción, trámite y reporte de solicitudes de eutanasia, con criterios de celeridad, oportunidad e imparcialidad” (Quintero Cusguen, 2021, p. 222). Además, esta resolución derogaría la Resolución 1216 de 2015, pero mantendría en su mayoría lo que estaba establecido previamente.

Con respecto a la eutanasia – una de las dimensiones del derecho a morir dignamente – se expidió la sentencia C-233 de 2021, mediante la cual “Se amplía el derecho fundamental al acceso a la eutanasia en Colombia, para los pacientes que padezcan una enfermedad o lesión grave e incurable que sea causante de un agudo sufrimiento” (Quintero Cusguen, 2021, p. 222). En otras palabras, desde esta sentencia, se elimina el requisito de que una persona tenga que padecer una enfermedad terminal para acceder al derecho a morir dignamente a través de la eutanasia.

En ese mismo sentido, en la sentencia C-164/2022, la Corte Constitucional revisó una demanda de inconstitucionalidad del artículo 107 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal), mediante la cual se penalizaba la ayuda al suicidio en los casos en que estuviera dirigida a poner fin a intensos sufrimientos, enfermedad grave o incurable. “Es así como la Sala Plena del Alto Tribunal Constitucional dio un importante paso al despenalizar el suicidio médicamente asistido, lo que significa que aquellas personas que tomen la libre decisión de finalizar su existencia para evitar el padecimiento que provocan ciertas enfermedades, lo pueden hacer directamente bajo las indicaciones médicas y sin que el profesional de la salud pueda ser sujeto de una sanción penal” (López Daza, 2022, p. 2).

A su vez, en relación con los cuidados paliativos – otra dimensión del derecho a morir dignamente – se expidió la Ley 1733 de 2014 “Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida” (Ley 1733, 2014, párr. 1).

Por otra parte, respecto al consentimiento informado previo, se expidió la Resolución 2665/2018, en la que se estableció que:

Los documentos de voluntad anticipada están en armonía con el principio-valor de dignidad humana y garantizan los derechos al libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, la intimidad y a no ser sometido a tratos crueles inhumanos y degradantes, en consonancia con las demás disposiciones constitucionales dirigidas a amparar y respetar la voluntad de los individuos en un Estado secular y pluralista. El Minsalud reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada. Define los requisitos del documento de voluntad anticipada (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2665 de 2018, párr. 2).

Se debe agregar que, conforme lo ha señalado la Corte Constitucional en la sentencia T-060/2020, el suicidio médicamente asistido – también denominado

asistencia médica al suicidio – hace parte de las dimensiones del derecho a morir dignamente en Colombia. Las dimensiones señaladas son “(i) el procedimiento eutanásico, (ii) la limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales, y (iii) los cuidados paliativos” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-060, 2020). Cabe aclarar, que en dicho momento no se había estudiado la constitucionalidad del suicidio médicamente asistido.

Posteriormente, en la sentencia C-164/22 del magistrado ponente Antonio José Lizarazo Ocampo se estudió la constitucionalidad del artículo 107 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal), mediante dicha labor se concluyó que se debía despenalizar el suicidio médicamente asistido – o como se denomina en dicha sentencia Asistencia Médica al Suicidio – y señalaron que debía ejercerse con los mismos requisitos de la eutanasia, es decir, i) cuando la persona ha manifestado su consentimiento libre, informado e inequívoco; ii) cuando el paciente padece de una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable debidamente diagnosticada; iii) Con base en esa condición, padece dolores físicos o psíquicos y iv) la asistencia para lograr la muerte debe ser proporcionada por un médico.

Es relevante destacar que la Corte señaló que el derecho fundamental a:

Morir dignamente en sus diversas acepciones, actualmente se puede garantizar a través de: (i) los cuidados paliativos son cuidados apropiados para pacientes con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible y cuyo objetivo es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia, afirmando la vida y considerando el morir como un proceso normal; (ii) la adecuación del esfuerzo terapéutico consistente en suspender o limitar las medidas de soporte a la vida, cuando éstas pueden llevar a mayor sufrimiento al paciente (actuación conocida como distanasia); y (iii) las prestaciones específicas para morir, esto es, la asistencia médica consentida por el paciente para poner fin a su vida de forma anticipada ante el padecimiento de intensos sufrimientos físicos o psíquicos (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022, 162).

En conclusión, los antecedentes evidencian que Colombia ha sido un referente en la protección jurisprudencial del derecho a morir dignamente, especialmente, en Latinoamérica. No obstante, como se pretende mostrar en este trabajo, pese a la existencia de una regulación subsidiaria, la implementación efectiva del derecho a morir dignamente presenta una serie de obstáculos que impiden el acceso pleno a este derecho fundamental.

5. Ubicación del problema

5.1. Descripción del problema

A pesar del reconocimiento por vía jurisprudencial del derecho a morir dignamente desde la Sentencia C-239/1997 y la expedición de directrices administrativas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la implementación de la eutanasia en Colombia se ha caracterizado por una profunda asimetría entre el reconocimiento formal del derecho y su aplicación práctica. Esta disonancia encuentra su origen principalmente en la ausencia de una legislación específica y estructurada que reglamente de forma clara el procedimiento, lo cual ha generado un vacío normativo que produce inseguridad jurídica, tanto para pacientes como para profesionales de la salud, y dificulta la estandarización de su práctica en el país.

Cabe resaltar que las sentencias de la Corte Constitucional han permitido señalar al derecho a morir dignamente como fundamental y su desarrollo jurisprudencial ha permitido establecer múltiples dimensiones, así: i) el procedimiento eutanásico – donde podemos incluir el suicidio médicamente asistido –; ii) limitación del esfuerzo terapéutico; y iii) cuidados paliativos.

La ausencia de una ley estatutaria que detalle los requisitos, etapas, garantías, mecanismos de control y deberes institucionales, ha llevado a que se delegue a la Corte Constitucional y al Ministerio de Salud la tarea de establecer lineamientos mediante sentencias y resoluciones. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para garantizar una implementación efectiva, especialmente en regiones donde el desconocimiento de la normativa o la carencia de infraestructura médica agravan las barreras de acceso.

Entre los principales obstáculos jurídicos se destaca la objeción de conciencia que, si bien es un derecho protegido por la Constitución, ha sido invocada de forma arbitraria o sin los filtros exigidos por la jurisprudencia, lo cual ha derivado en la negación injustificada del procedimiento. Esta práctica revela un conflicto entre derechos fundamentales: por un lado, la libertad de conciencia de los profesionales de la salud, y por el otro, el derecho del paciente a una muerte digna, con fundamento en la autonomía personal, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad. La inexistencia de una normativa clara que regule estos conflictos de manera sistemática ha dado lugar a interpretaciones dispares, falta de garantías para el usuario del servicio, e incluso prácticas discriminatorias.

Adicionalmente, el vacío legislativo ha impedido una adecuada vigilancia del cumplimiento de los requisitos para la eutanasia, dificultando el control institucional y la sanción en casos de negligencia o denegación injustificada. Los pronunciamientos de la Corte Constitucional han sido claros en señalar el carácter fundamental del derecho a morir dignamente, pero su efectividad depende de que el Congreso de la República legisle conforme a estos lineamientos.

En este contexto, resulta fundamental identificar cada obstáculo a través de la jurisprudencia del máximo órgano constitucional y casos ilustrados por la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, para lograr unas recomendaciones encaminadas a solucionar o mejorar los obstáculos actuales y garantizar el ejercicio pleno de este derecho fundamental en condiciones de igualdad y seguridad jurídica.

5.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los obstáculos jurídicos que persisten en la implementación del derecho a morir dignamente en Colombia – en la modalidad de prestaciones específicas para morir – pese a su despenalización por la Corte Constitucional en el año 1997?

6. Objetivos de la investigación

6.1. Objetivo general

Identificar los obstáculos jurídicos presentes en el acceso al derecho a una muerte digna en Colombia, con énfasis en la modalidad de prestaciones específicas para morir, desde su despenalización en 1997.

6.2. Objetivos específicos

- Definir jurídicamente la modalidad de prestaciones específicas para morir – eutanasia y Suicidio Médicamente Asistido – del derecho a una muerte digna.
- Analizar las sentencias emitidas por la Corte Constitucional de Colombia respecto al derecho a una muerte digna, con énfasis en la modalidad de prestaciones específicas para morir.
- Establecer en el ordenamiento jurídico vigente, los mecanismos para evitar el uso inconstitucional de la objeción de conciencia que impiden el acceso al derecho a una muerte digna, con énfasis en la modalidad de prestaciones específicas para morir.
- Comprender las barreras para acceder al derecho fundamental a una muerte digna en la modalidad de prestaciones específicas para morir, en Colombia, mediante los casos ilustrados, entregados por la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente.

7. Justificación

La presente investigación se justifica por la necesidad de identificar los obstáculos jurídicos que enfrenta la implementación del derecho a morir dignamente en Colombia, especialmente, la modalidad de prestaciones específicas para morir, reconocido jurisprudencialmente a partir de la Sentencia C-239 de 1997. En esta decisión, la Corte Constitucional concluyó que la vida, aunque prevalente en la Constitución Política de 1991, debía armonizarse con los derechos fundamentales a la dignidad humana, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y la prohibición a los tratos crueles, inhumanos y degradantes, permitiendo así que las personas con enfermedades terminales accedan a la eutanasia – como dimensión del derecho a morir dignamente – como un derecho fundamental.

Desde ese momento, Colombia ha sido considerada pionera en América Latina en el reconocimiento del derecho a morir dignamente y su modalidad de prestaciones específicas para morir. Sin embargo, esta evolución ha ocurrido sin una ley estatutaria que regule de manera integral su procedimiento, lo cual genera vacíos normativos, inseguridad jurídica y desigualdades en el acceso efectivo a este derecho. Esta ausencia legislativa ha obligado a que la Corte Constitucional y el Ministerio de Salud emitan lineamientos para su implementación, lo que ha resultado insuficiente para garantizar condiciones dignas en el acceso a este derecho fundamental.

A esta situación se deben sumar otros obstáculos jurídicos que impiden el acceso real y efectivo al derecho a morir dignamente, contrariando incluso, en ocasiones, los límites establecidos por la normatividad vigente, en especial, la jurisprudencia y las resoluciones del Ministerio de Salud.

De esa manera, la presente investigación busca identificar los obstáculos jurídicos para el ejercicio efectivo del derecho a morir dignamente – modalidad de prestaciones específicas para morir – en Colombia; analizar la jurisprudencia constitucional sobre este derecho; establecer los mecanismos vigentes para prevenir el uso indebido de la objeción de conciencia y comprender las barreras para acceder al derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de prestaciones específicas para morir, en Colombia, mediante los casos ilustrados, entregados por la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente

Así, se espera fortalecer los trabajos teóricos respecto al derecho a morir dignamente en Colombia y su modalidad de prestaciones específicas para morir. Además, se espera contribuir al debate académico, legislativo y social sobre la garantía del derecho a morir dignamente, y ofrecer herramientas conceptuales y normativas útiles para médicos, juristas, legisladores y, en general, a la ciudadanía.

8. Marcos de referencia

8.1 Marco histórico

El derecho a morir dignamente es un derecho que tiene toda persona a que se respete su autonomía y dignidad humana, en particular, en el último tramo de su

vida. A lo largo de la historia, este concepto ha oscilado entre la protección y la condena moral y jurídica de cualquier intervención que provoque la muerte. Por eso, resulta esencial revisar la historia del derecho a morir dignamente, especialmente, la dimensión de la eutanasia, para entender los obstáculos jurídicos que hoy enfrenta el acceso al derecho morir dignamente en Colombia.

8.1.1. Antigua Grecia

En la Grecia clásica se considera que Hipócrates de Cos, Padre de la Medicina, introdujo el famoso juramento hipocrático donde “se afirma que el médico no dará medicamento mortal por más que le sea solicitado, lo que permitió a la medicina proteger a la vida del paciente” (Bont et al., 2007, p. 36). Sin embargo, el debate era amplio, dado que:

Como lo señalan los textos que recogen los pensamientos de Sócrates y Platón una enfermedad dolorosa era una buena razón para dejar de vivir. Es así como, en La República, Platón (427-337 a.C.) condena al médico Herodito por fomentar las enfermedades... e inventar la forma de prolongar la muerte. El mejor indicio de que en Grecia se cometía el suicidio, como una forma de Eutanasia, reside en el hecho de que otros grupos representados por los pitagóricos, aristotélicos y epicúreos condenaban esta práctica (Bont et al., 2007, p. 36).

Lo anterior nos permite señalar que los griegos fueron los primeros en aceptar el suicidio, una de las dimensiones del derecho a morir dignamente, como un acto positivo, bajo ciertas condiciones.

8.1.2. Antigua Roma

Por su parte, en Roma coexistían corrientes similares, ya que:

La práctica de la Eutanasia fue múltiple, se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para cometer tal acto, puesto que se aceptaba de manera honrosa el suicidio provocado por la impaciencia del dolor o la enfermedad. Cicerón (106 – 43 a. C) en su carta a Ático, emplea la palabra Eutanasia como sinónimo de muerte digna, honesta

y gloriosa. Séneca expresó: Es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento. Y Epiceto (50 – 130 d.C) predicaba la muerte como una afirmación de la libre voluntad (Bont et al., 2007, p. 36).

Estos textos evidencian que el concepto de eutanasia entendido como buena muerte, existía desde ese momento, aunque sin leyes sistemáticas que lo respaldaran.

8.1.3. Edad Media

En este período, la noción de muerte digna quedó dominada por la iglesia católica, quienes reformularon las leyes y establecieron que “cualquiera que atentara contra su propia vida no recibiría cristiana sepultura” (Bont et al., 2007, p. 36). Por su parte, San Agustín:

afirmaba que el suicidio era algo detestable y abominable, Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, por lo tanto, tenían que soportarse. En el año 693 se anunció que cualquiera que intentara suicidarse sería automáticamente excomulgado. En resumen, durante doce siglos el suicidio se había convertido en el pecado mortal por excelencia para los cristianos” (Bont et al., 2007, p. 36).

En consecuencia, el período medieval coincide con una prohibición absoluta de cualquier acto que atentará contra la vida, es decir, la modalidad de prestaciones específicas para morir – tanto eutanasia como suicidio médicamente asistido –, ya que, “la práctica de la eutanasia es considerada como pecado, puesto que la persona no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por un ser sobrenatural” (Creagh Peña, 2012, p. 151).

A pesar de que en este período se rechazó con vehemencia la modalidad de prestaciones específicas para morir del derecho a morir dignamente, la iglesia católica publicó los *Ars Moriendi* que:

Son compendios redactados en el siglo XV, cuya finalidad era fomentar los tradicionales cuidados que debían procurársele a un moribundo. La importancia de la asistencia a quienes van a morir se debía a la creencia

cristiana de que, en el momento de la agonía, el demonio aprovecha la debilidad de quien sufre, para atormentarlo con las últimas tentaciones, motivando la condena de su alma. Sin embargo, en esta lucha final entre el bien y el mal, el hombre no se encuentra solo, ya que los ángeles y los santos, invocados por las oraciones de quienes lo acompañan, pueden ayudarle a vencer esas tentaciones” (Haindl Ugarte, 2013, p. 89).

En otros términos, durante este período hubo un derecho a morir dignamente, pero solo se abordó la dimensión de cuidados paliativos.

8.1.4. Siglos XV al XVIII

El renacimiento e ilustración trajeron un cuestionamiento del dogma medieval y revitalización del concepto de muerte digna, por ello:

El concepto de Eutanasia adquiere su real significado y se considera como tal al buen morir, siendo la muerte el último acto de la vida; por lo que había que ayudar al moribundo con todos los recursos disponibles para lograr una muerte digna y sin sufrimiento” (Bont et al., 2007, p. 36).

Por su parte:

Moro, filósofo inglés, menciona el término Eutanasia en su obra Utopía, una sátira política en la que se hace referencia a una isla imaginaria del mismo nombre, en el curso de la misma surgen temas como el trato que debía darse ante el divorcio, muerte y la Eutanasia, circunstancias que el autor no sólo menciona, sino que defiende en el libro II (Bont et al., 2007, p. 36).

Del mismo modo, “Francis Bacon en 1623, defiende que la muerte de un enfermo ayudado por el médico no constituye un problema religioso ya que es al científico a quien le corresponde determinar cuándo un hombre enfermo debe morir o no” (Creagh Peña, 2012, p. 151). Estas ideas renacentistas le proporcionaron al concepto de eutanasia – una de las dimensiones del derecho a morir dignamente –, un contenido más científico, disociándolo del contenido religioso del que lo habían dotado en la Edad Media.

Igualmente, los utilitaristas a finales del siglo XVIII, en su pensamiento sostienen que “cualquier acción es moralmente buena cuando produce mayores beneficios que perjuicios y, por lo tanto, el valor ético de la conducta está determinado por el carácter práctico de los resultados” (Esquivel Jiménez, 2003, párr. 16). Asimismo, el posicionamiento del filósofo y jurista Jeremy Bentham frente a la eutanasia “está basado en que será mayor el bien y la felicidad, tanto para el enfermo como para su familia, si se ayuda al enfermo a morir de una forma digna, que si se le ayuda a prolongar el sufrimiento” (Esquivel Jiménez, 2003, párr. 16).

8.1.5. Siglos XIX y XX

En los siglos XIX y XX, “con el advenimiento del laicismo y la tecnificación, y con el incremento de las enfermedades degenerativas por la afluencia de tecnologías químicas y compuestos microbiológicos, el tema ha tomado mayor relevancia” (Prada Galvis, 2024, p. 12). En otras palabras, hubo un avance tecnológico en el sector industrial, además, incremento de enfermedades degenerativas, por lo que, se produjo una profesionalización de la medicina que solucionará dicha problemática.

Es importante señalar que en este período la eugenesia tuvo un fuerte desarrollo y popularización:

Aunque el pensamiento eugenista estaba ya vigente en la República de Platón, el concepto tal y como lo conocemos actualmente se forjó a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX derivado del darwinismo social, cimentado en la selección natural como forma de evolucionar biológicamente; se trata de una corriente arraigada en la idea de que solo ha de sobrevivir el más apto (la ley del más fuerte) (Cudós de la Vega, 2020, p. 11).

Cabe subrayar, que a:

A partir de 1900, cuando la genética moderna aparece, los grupos empeñados en “aumentar la calidad” de la raza humana, se consolidaron en un movimiento institucionalizado conocido como eugenistas, en el que cabe destacar dos corrientes: la eugenesia positiva, centrada en desarrollar el

potencial educativo de los sujetos especialmente adaptados”, y la eugenesia negativa que discrimina a aquellos que son considerados particularmente “inadaptados” (Cudós de la Vega, 2020, p. 11).

En ese mismo sentido, los alemanes “Karl Binding y Alfred Hoche en 1920 empleaban el concepto de eutanasia para promover la muerte de personas que ellos consideraban inadaptadas socialmente, o enfermos mentales, personas con desviaciones físicas o psíquicas” (Cudós de la Vega, 2020, p. 11). Esto permite entender la confusión de algunas personas en lo que respecta a la eutanasia – una de las dimensiones al derecho a morir dignamente –, dado que, confunden la autonomía que tiene el paciente para decidir sobre su muerte con los homicidios por discriminaciones de raza, sexo o creencias.

En dicho contexto en Alemania, tras el ascenso de Hitler al poder:

La eugenesia comenzó a establecerse en el III Reich alemán, a partir de 1935 con la aprobación de leyes como la “Ley para la prevención de la descendencia genéticamente enferma”, que conllevaba la esterilización forzosa de las personas con posibles enfermedades hereditarias, y la legalización del aborto, bajo la premisa del diagnóstico de una enfermedad hereditaria; la “Ley para la Protección de la Sangre Alemana y el Honor Alemán”, que prohibía las relaciones sexuales con personas de raza “extranjera”, incluyendo el mestizaje y la “Ley de Salud en el Matrimonio”, que prohibía el matrimonio con personas que padecían retraso mental.” (Cudós de la Vega, 2020, p. 12).

Además:

En 1939 la Alemania Nazi creó varios tribunales formados por médicos donde se debía informar de cualquier signo de discapacidad tanto física como psíquica para que el tribunal decidiese si aquella persona debía seguir viviendo o no. El proyecto de eutanasia en cuestión sería llamado “Projekt Aktion T4”, las personas sometidas a este programa eutanásico padecían esquizofrenia, epilepsia, encefalitis, deficiencia mental, parálisis, etc., otra

causa podía ser la raza, o la no tenencia de la ciudadanía alemana” (Cudós de la Vega, 2020, p. 12).

Es necesario recalcar que esta barbarie no tiene relación alguna con las dimensiones al derecho a morir dignamente, ya que, era cometida sin consentimiento alguno, vulnerando flagrantemente los requisitos para una muerte digna en su modalidad de prestaciones específicas para morir, es decir, la voluntad de quien espera recibir la muerte.

A causa de las atrocidades cometidas bajo los programas denominados “eutanásicos” – eufemismo para ocultar el programa genocida – en el período de la Segunda Guerra Mundial, en especial, en la Alemania Nazi, trajo como consecuencia que las personas empezaran a confundir la eutanasia con asesinar personas de forma deliberada y que los actos eutanásicos, una de las dimensiones del derecho a morir dignamente más conocida, fuera un tema tabú durante mucho tiempo.

8.1.6. Actualidad y tendencias recientes

En el siglo XXI, el derecho a morir dignamente ha adquirido un protagonismo creciente en la agenda bioética, jurídica y política. La eutanasia, el suicidio médicamente asistido y otras formas de decisiones al final de la vida están siendo debatidas y reguladas con mayor frecuencia, pero no sin resistencias. El reconocimiento de este derecho ha avanzado en algunos países, mientras que en otros persisten prohibiciones absolutas.

Como se revisó previamente, en Europa, países como Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y España han consolidado marcos jurídicos que permiten el derecho a morir dignamente en su modalidad de prestaciones específicas para morir, bajo ciertas condiciones. Por otro lado, en América Latina, la evolución ha sido más lenta debido a la resistencia de los parlamentos – en algunos casos, también, resistencia religiosa –, dejando a Colombia como el único país que ha reconocido la legalidad de la modalidad de prestaciones específicas para morir en el derecho a morir dignamente. Sin embargo, como se pudo constatar, en el mundo actual el derecho a morir dignamente es reconocido por la mayoría de los países, en alguna de sus

dimensiones – eutanásica; limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos –, por lo que, se depara una buena evolución para este derecho fundamental.

8.1.7. Colombia

En Colombia, el derecho a morir dignamente se gestó principalmente a través de la vía jurisprudencial, con la Sentencia C-239/97 que sentó un hito, realizada por el magistrado ponente Carlos Gaviria y emitida por la Corte Constitucional. En esta se declaró la inexecutable del artículo penal que sancionaba el homicidio por piedad. La Corte definió que el homicidio eutanásico se configura cuando “la motivación consiste en ayudar a otro a morir dignamente” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997, p. 1). siempre que el paciente padezca intensos sufrimientos a causa de una enfermedad terminal – posteriormente se permitiría por cualquier enfermedad grave e incurable–. Asimismo, sostuvo que:

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, 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 (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997, p. 5).

En ese sentido, el Estado debe ceder frente al consentimiento informado del paciente terminal que solicita terminar con su vida, ya que, de prolongar su existencia a toda costa, la persona y su dignidad se ven menoscabadas.

Tras dicho pronunciamiento no hubo una regulación efectiva del derecho a morir dignamente, esto conllevó a que posteriormente llegara una acción de tutela a la Corte Constitucional. De este modo, en su pronunciamiento la Corte ratifica lo afirmado previamente por dicha corporación en cuanto a la definición de la eutanasia – una de las dimensiones del derecho a morir dignamente –. Por otra parte, señalaron que “El derecho a morir dignamente, es un derecho fundamental.

Esta garantía se compone de dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014). Por último, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social regular este derecho fundamental, mientras el congreso cumplía la exhortación de regular mediante una ley estatutaria. Este pronunciamiento marcó la continuidad de la línea jurisprudencial que se mantiene en la actualidad. Asimismo, marcó las pautas que debe tener el derecho a morir dignamente a través de la modalidad de prestaciones específicas para morir.

De ahí que, el Ministerio de Salud y Protección Social expidiera la Resolución 1216 de 2015 “Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216 de 2015).

Así mismo, la Corte Constitucional tuvo que pronunciarse en diversas ocasiones por acciones de tutela presentadas y acciones de inconstitucionalidad, lo que se analizará en otro apartado. No obstante, se espera que lo reseñado en el caso colombiano haya sido de amplia ayuda para el lector para comprender el desarrollo del marco histórico del derecho a morir dignamente, especialmente, en su modalidad de prestaciones específicas para morir.

En los últimos años, Colombia ha ampliado los límites respecto al derecho a morir dignamente, a través de los pronunciamientos de la Corte Constitucional. Asimismo, el uso de la eutanasia ha crecido notablemente, teniendo en cuenta, las cifras aportadas por el Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que sostienen:

A la fecha, el 2023 es el año con más eutanasias practicadas en Colombia. En total, al corte del 31 de diciembre de dicho año se han desarrollado 271 procedimientos. Ello implica un aumento del 49,7 % en comparación con el año anterior. Es un número alto si se compara con 2015 –primer año de

aplicación de la Resolución 1216 de 2015 (hoy derogada) – en el que se desarrollaron solamente 4 procedimientos (Correa, 2024, párr. 8).

También sostuvieron que:

En 2023 se llevaron a cabo un promedio de 22,6 procedimientos eutanásicos al mes. Los 271 procedimientos representan el 30,6 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro. Lo que además es un aumento significativo en comparación al año 2022, en el que se registraron 181 procedimientos (Correa, 2024, párr. 10).

Dicho aumento en los procedimientos realizados, pese a que dichas cifras excluyen los casos no registrados por prácticas clandestinas, permite comprender el avance histórico y concluir que Colombia actualmente ostenta uno de los marcos jurídicos más avanzados de Latinoamérica respecto al derecho a una muerte digna a través de su modalidad de prestaciones específicas para morir.

8.2. Marco institucional

El marco institucional de la presente tesis se fundamenta en lo estipulado por: i) la Corte Constitucional de Colombia; ii) El Ministerio de Salud y Protección Social y, por último, iii) la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD).

8.2.1. Corte Constitucional de Colombia

Es la máxima autoridad judicial en Colombia, creada mediante la Constitución Política de 1991 como reemplazo de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Tiene como misión:

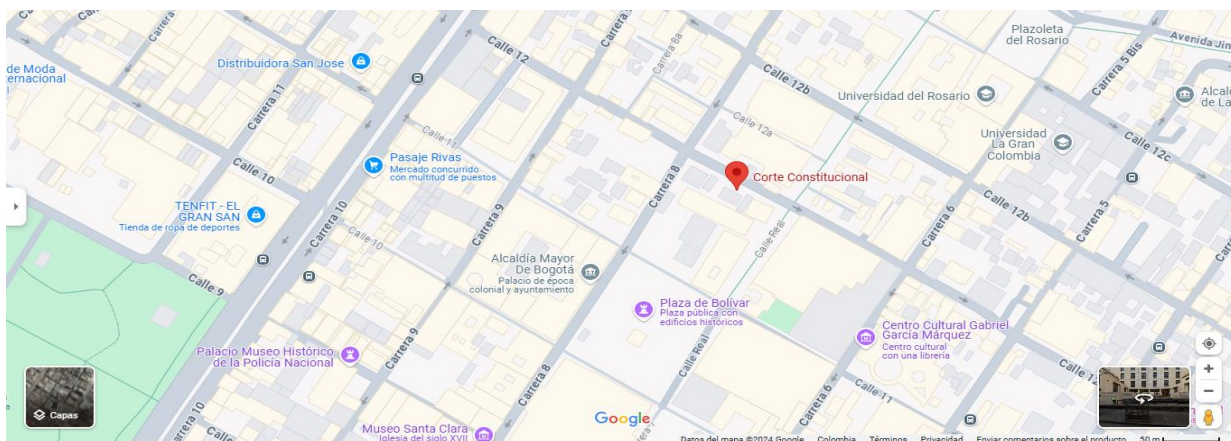
Velar por la integridad y la supremacía de la Constitución en los estrictos y precisos términos de los artículos 241 al 244 de la Constitución Política. [Asimismo, su visión es que] “mediante su jurisprudencia y ejercicio del control del poder público sea reconocida nacional e internacionalmente (Corte Constitucional de Colombia, 2025, párr. 1-2).

En la actualidad, cuenta con nueve magistrados, de igual modo, la Constitución Política estableció que:

Serán elegidos por el Senado de la República para períodos individuales de ocho años, de sendas ternas que le presenten el Presidente de la República, la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado. Los magistrados de la Corte Constitucional no podrán ser reelegidos (C.P., 1991, art. 239).

Su sede principal se encuentra ubicada en la dirección Calle 12 # 7-65, de Bogotá, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Corte Constitucional de Colombia



Nota: Tomado de Google Maps

A través de los años de existencia de esta autoridad, a parte de sus funciones principales, ha jugado un papel fundamental en el reconocimiento, respeto y limitación de derechos fundamentales, tales como: autonomía individual, matrimonio igualitario, libertad de expresión, interrupción voluntaria del embarazo, derechos ambientales y el derecho a morir dignamente, entre otros.

8.2.2. Ministerio de Salud y Protección Social

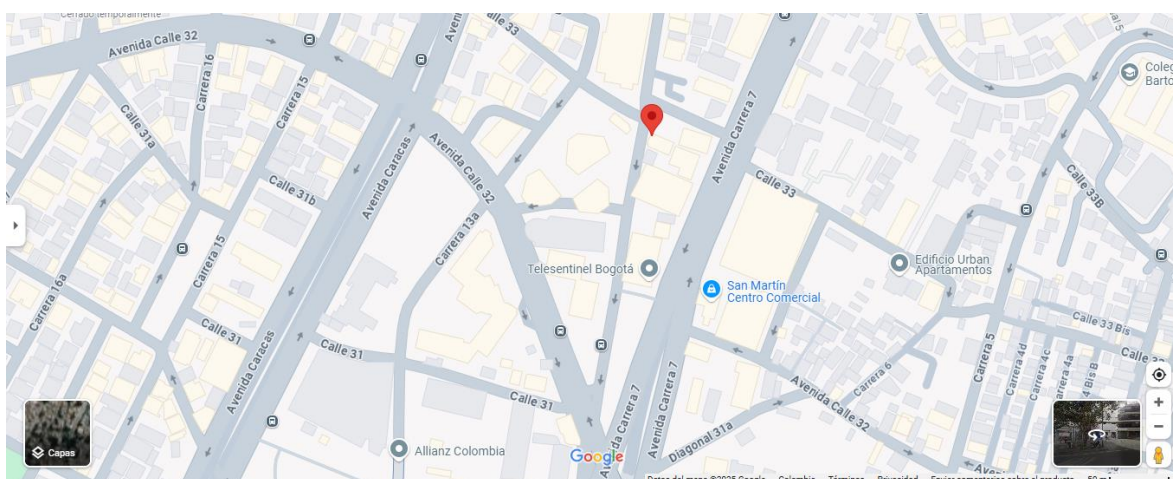
El Ministerio de Salud y Protección Social es el encargado de “la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y de participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales” (Departamento de la Función Pública, s.f, p. 3). Este Ministerio fue constituido en el año 2011, tras haber deshecho parcialmente, la fusión realizada en el año 2002 con el Ministerio de Trabajo.

El Ministerio tiene como objetivo:

Formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo (Departamento de la Función Pública, s.f, p. 11).

En la actualidad, el ministro de salud designado es Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez. Su sede principal está en la ubicada en la Carrera 13 # 32-76, de Bogotá, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Ministerio de Salud y Protección Social



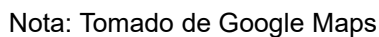
Nota: Tomado de Google Maps

El Ministerio de Salud y Protección Social ha jugado un papel clave en la regulación del derecho a morir dignamente en su modalidad de prestaciones específicas para morir en el país, respetando los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional para dicho derecho fundamental. Pese a las resoluciones emitidas, falta mejorar la normativa para que los ciudadanos tengan un acceso efectivo en este derecho – se abordará este aspecto en el análisis jurisprudencial emitida por la Corte Constitucional–.

8.2.3. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD)

Esta fundación fue creada en 1979 por Beatriz Kopp de Gómez bajo el nombre de Fundación Solidaridad Humanitaria. Sin embargo:

Figura 3. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente



8.3. Marco jurídico

A continuación, en la Tabla 1 se describe el marco jurídico que sustenta esta tesis.

Tabla 1. Marco jurídico

NORMA	DESCRIPCIÓN
Constitución Política de Colombia C.P. (1991) expedida por la Asamblea Constituyente.	En la Constitución no existe un artículo taxativo que haga mención del derecho fundamental a morir dignamente. Sin embargo, la Corte Constitucional ha establecido en su línea jurisprudencial sobre este derecho que los siguientes artículos que lo fundamentan: • Artículo 1: “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (C.P., 1991, art. 1). Este artículo contiene taxativamente que Colombia es un Estado Social de Derecho fundado en el respeto a la dignidad humana; lo que permitió a la Corte Constitucional establecer que el derecho a morir dignamente tiene una conexión con la dignidad humana y su aspecto inherente a cada persona. • Artículo 12: “Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” (C.P., 1991, art. 12). En concreto contiene el argumento para que ninguna persona enferma, con dolores graves e incurables, de origen de una enfermedad terminal u otras condiciones, se vea obligado a prolongar su vida forzosamente y sometiéndolo a torturas o tratos crueles. • Artículo 16: “Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico” (C.P., 1991, art. 16). En el caso del derecho a morir dignamente, este artículo recobra gran importancia porque el libre desarrollo de la personalidad sostiene en gran medida la autonomía del paciente para tomar decisiones sobre sí mismo y la etapa final de su vida. • Artículo 18: “Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia” (C.P., 1991, art. 18). En cuanto a este artículo, se debe decir que es importante para la investigación, dado que, en ocasiones es uno de los obstáculos de quienes esperan acceder al derecho a morir dignamente, por lo que, colisionan dos derechos fundamentales; por un lado, el derecho a la libertad de conciencia y no realizar acciones contrarias a las creencias religiosas, morales y filosóficas, y por el otro, el derecho a morir dignamente de los pacientes. • Artículo 44: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

	La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás” (C.P., 1991, art. 44). Con respecto a este derecho, hay que precisar que, si bien no tiene una relación directa o taxativa con el derecho a morir dignamente, sí es esencial para que la Corte y el Ministerio de Salud hayan regulado el derecho a morir dignamente en niños, niñas y adolescentes, bajó unos criterios que respetan la autonomía del menor y garanticen su acceso efectivo independientemente de las condiciones sociales, económicas, políticas y religiosas.
Sentencia C-239 de 1997; expedida por la Corte Constitucional.	En relación con el derecho a morir dignamente esta sentencia resulta crucial al ser la que despenaliza la eutanasia bajó unos criterios específicos y establecer el soporte jurídico y constitucional de este derecho fundamental, marcando un hito para el ordenamiento jurídico.
Sentencia T-970 de 14: expedida por la Corte Constitucional.	A su vez, está sentencia resulta clave en la confirmación del precedente constitucional respecto al derecho a morir dignamente. Además, de reiterar el exhorto al Congreso de la República, ordeno al Ministerio de Salud regular este derecho con las condiciones que en el fallo se establecieron, los cuales habían sido reiterados de la sentencia previa.
Ley 1733 de 2014; expedida por el Congreso de la República.	Esta ley emitida por el Congreso de la República regula los cuidados paliativos, una de las dimensiones del derecho a morir dignamente. También, denominada “Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida” (Ley 1733, 2014). Además, establece el uso de los Documentos de Voluntad Anticipada (DVA).
Resolución 1216 de 2015; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Será preciso mostrar que la primera resolución emitida por el Ministerio de salud respecto al derecho a morir dignamente contenía en cuatro capítulos las directrices para el funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir dignamente. Asimismo, regulaba la conformación y funciones de los comités científicos interdisciplinarios. Además, las funciones de las Instituciones Prestadora del Servicio de Salud; Entidades Promotoras de Salud y, por último, el procedimiento para hacer efectivo el derecho de los pacientes.
Resolución 4006 de 2016; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social	En relación con esta resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social creó el comité interno del Ministerio para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho, es decir, que “desarrolló lo dispuesto en el Artículo 16 de la Resolución 1216 de 2015, respecto de la constancia del procedimiento eutanásico en la historia clínica del paciente y el análisis de la documentación por un Comité” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 233 de 2021, p. 148).
Resolución 825 de 2018; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Conforme a la instrucción impartida por la Corte Constitucional en la sentencia T-544/17, se expidió esta resolución que regula el procedimiento para morir dignamente para niños, niñas y adolescentes. Es muy similar a la resolución previamente emitida para adultos, pero contenía precisiones con respecto al interés superior de los menores, por su parte, “El Capítulo III regula el

	procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes y excepcionalmente de niños y niñas entre 6 y 12 años” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 233 de 2021, p. 149).
Resolución 2665 de 2018; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Esta norma complementa la Ley 1733/2014, con relación al derecho a suscribir los Documentos de Voluntad Anticipada (DVA). Contiene cinco capítulos; “El Capítulo III es sobre la modificación, sustitución y revocación del Documento de Voluntad Anticipada (Art. 10), y el contenido de ese cambio (Art. 11). El Capítulo IV se refiere al cumplimiento de la voluntad anticipada, para lo cual la Resolución pone de presente que cualquier persona podrá informar la existencia del Documento (Art. 12), el cual debe ser incorporado en la historia clínica (Art. 13), para que posteriormente pueda ser consultado por el médico tratante, que también podrá averiguar sobre la existencia del Documento con el paciente, sus familiares o acudiente (Art. 14)” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 233 de 2021, p. 150).
Resolución 229 de 2020; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Acerca de esta relación se reglamenta la carta de derechos “esta norma trata sobre la carta de derechos y los deberes de las personas afiliadas y pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Artículo 4 (“[c]ontenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente”) se refiere -entre otras cosas- al derecho fundamental a morir dignamente, indicando que la carta de derechos y deberes debe incluir un glosario con términos y definiciones, y el procedimiento para hacer efectivo el derecho, tanto para los mayores de edad (Resolución 1216 de 2015) como para adolescentes y -excepcionalmente- de niños y niñas (Resolución 825 de 2018)” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 233 de 2021, p. 151)”.
Resolución 971 de 2021; expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Esta norma establece el procedimiento eutanásico y los comités para hacer efectivo el derecho a morir dignamente, “En su motivación, la Resolución señala -entre otras cosas- que era necesario actualizar e incorporar en un solo cuerpo normativo las disposiciones relacionadas con la recepción, trámite y reporte de las solicitudes a morir con dignidad a través de la eutanasia, y la organización y funcionamiento del Comité” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 233 de 2021, p. 152).
Sentencia C-233 de 2021	Mediante esta sentencia la Corte determinó que el requisito o expresión “terminal” era una barrera en el acceso al derecho a morir dignamente, dado que, les impedía a las personas ejercer su derecho a la autonomía. Asimismo, establecieron que el dolor era subjetivo, pese a que debía existir un criterio objetivo, por parte del médico, siempre prevalecería el subjetivo.
Sentencia C-164 de 2022	Con respecto a esta sentencia, la Corte admitió que el Suicidio Médicamente Asistido -denominado por la Corte como Asistencia Médica al Suicidio- fuera practicado sin sanción penal bajo los mismos requisitos de la eutanasia. Asimismo, la cataloga como una de las maneras de acceder al derecho a morir dignamente en Colombia.

Nota: Elaboración propia.

8.4. Marco geográfico

El ámbito de aplicación de esta tesis comprende todo el territorio nacional de Colombia, definido constitucionalmente en el artículo 101 de la Constitución Política, así:

Los límites de Colombia son los establecidos en los tratados internacionales aprobados por el Congreso, debidamente ratificados por el Presidente de la República, y los definidos por los laudos arbitrales en que sea parte la Nación. Los límites señalados en la forma prevista por esta Constitución, sólo podrán modificarse en virtud de tratados aprobados por el Congreso, debidamente ratificados por el Presidente de la República. <Inciso corregido según Aclaración publicada en la Gaceta No. 125> Forman parte de Colombia, además del territorio continental, el archipiélago de San Andrés, Providencia, y Santa Catalina, la Isla de Malpelo y demás islas, islotes, cayos, morros y bancos que le pertenecen (C.P., 1991, art. 101).

Cabe destacar, que Colombia comparte límites terrestres con: Venezuela, Brasil, Perú, Ecuador y Panamá; y límites marítimos con: Costa Rica, Ecuador, Haití, Jamaica, Panamá, República Dominicana, Venezuela y Nicaragua.

Figura 4. Mapa de Colombia



Nota: Mapa extraído de Brainly (2025)

8.5. Marco teórico

El derecho a morir dignamente ha emergido como una cuestión central en los debates jurídicos contemporáneos, especialmente en sociedades que valoran la autonomía individual y la dignidad humana. Por su parte, en Colombia estos derechos han sido objeto de un desarrollo jurisprudencial significativo, posicionando al país como uno de los pocos en Latinoamérica que reconoce legalmente prácticas como la eutanasia y, más recientemente, el suicidio medicamente asistido.

De esta manera, se presenta el marco teórico como la oportunidad para desarrollar las nociones fundamentales que sustentan el análisis jurídico de los obstáculos que enfrenta la implementación del derecho a morir dignamente en Colombia. En ese sentido, se abordará a través de 9 ejes conceptuales que permiten entender las tensiones entre el reconocimiento normativo del derecho fundamental a morir dignamente y las barreras institucionales para su ejercicio efectivo. Estos ejes son: I) Concepto de la eutanasia; II) Clasificaciones o tipologías de la eutanasia; III)

Concepto del suicidio médicamente asistido; IV) Clasificaciones o tipologías del suicidio médicamente asistido; V) Concepto de cuidados paliativos; VI) Clasificación de los cuidados paliativos; VII) Fundamentos constitucionales del derecho a morir dignamente; VIII) Teoría aplicable: los cuatro principios de la bioética de Tom L. Beauchamp y James F. Childress; IX) Otras figuras jurídicas aplicables y, por último, se finaliza con las conclusiones respectivas del marco teórico.

8.5.1. Concepto de muerte digna

Antes de examinar el concepto de muerte digna, es necesario recalcar que la muerte tiene un significado diferente para cada persona, este significado depende de factores como edades, tradiciones, culturas, religiones, entre otros elementos. Asimismo, es crucial señalar que es una condición inherente a todo ser vivo y, por ende, deberá enfrentar tarde o temprano, sin importar su nivel socioeconómico, origen, cultura, educación, etc. De igual modo, lo señala Gempeler Rueda (2015) cuando afirma:

La medicina de hoy en día ha logrado prolongar la vida y combate multitud de enfermedades antes mortales; pero no puede evitar la muerte. En ocasiones, el intento de prolongar la vida falla y, paradójicamente, lo que consigue es prolongar la muerte o, más bien, la agonía, lo que aumenta el sufrimiento del paciente y sus familiares, con excesos terapéuticos sobre la falsa base de la defensa ilimitada de la vida (p. 180).

En la actualidad no hay una aceptación de la muerte como un evento natural, por múltiples factores, pero uno de ellos lo señala Gempeler Rueda (2015) al referirse a la hospitalización de la muerte, es decir, que en la antigüedad las personas agonizaban y morían en sus casas acompañados por sus familias y este evento hacía que todos experimentaran qué era la muerte. Sin embargo, con la llegada y avance de los hospitales llevó a los pacientes a hospitalizarse, llevando a que los pacientes críticos fueran reclusos en unidades de cuidados intensivos y aislados, por lo que, sus familias tienen un acceso limitado y así la muerte se fue alejando de la vida corriente.

De ahí que este concepto continúe generando extensas discusiones y, por ende, existan diferentes perspectivas frente al mismo. Como lo señala Taboada Rodríguez (2016):

Muchos de los autores que abogan por el derecho a una muerte digna, entienden que este incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose en una concepción particular del respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Es así como se afirma que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea (pp. 2-3).

Contrastando, para otros, como lo señala Gempeler Rueda (2015) “trata de la posibilidad de morir sin dolor, con serenidad, acompañado y reconciliado consigo mismo y con los demás. Morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo con la visión metafísica y religiosa de cada uno” (p. 178).

Por su parte, la Corte Constitucional la ha definido como:

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, 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 (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997).

En ese mismo sentido, en la sentencia T-970 de 2014 la Corte enfatizó que:

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental. Esta garantía se compone de dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual. En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o

no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014).

En otros términos, es un derecho fundamental y autónomo, compuesto por dos derechos constitucionales: la dignidad humana y la autonomía, el cual está vinculado con el libre desarrollo de la personalidad.

En conclusión, el derecho a morir con dignidad es el derecho que tiene toda persona a “morir sin necesidad de ser sometido a procedimientos que invadan su cuerpo y aumenten el sufrimiento, en un ambiente cálido, sin dolor y en compañía de sus familiares y amigos más cercanos, si así lo deseara” (Gempeler Rueda, 2015, 179).

8.5.2. Concepto de eutanasia

La palabra eutanasia ha cambiado su significado dependiendo las realidades vividas en cada época, pero su etimología proviene del griego y deriva de los “vocablos griegos “eu” cuyo significado es bueno y de “thanatos” que significa muerte, por consiguiente, su significado etimológico es “buena muerte”. En el transcurso de la historia al término se le han ido atribuyendo diferentes significados, “muerte rápida y sin dolor” o “muerte tranquila, fácil, suave, natural” (Esquivel Jiménez, 2003, párr. 2). Sin embargo, la acepción actual la introdujo “En 1605 Francis Bacon introduce por primera vez, la actual concepción de eutanasia: “la acción del médico sobre el enfermo incluyendo la posibilidad de apresurar la muerte” (Esquivel Jiménez, 2003, párr. 14).

Con respecto al significado actual de eutanasia, la Corte Constitucional de Colombia lo definió a través de la Sentencia C-239/97 como “Es la actividad llevada a cabo para causar la muerte a un ser humano a fin de evitarle sufrimientos” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 239, 1997). Por su parte, Gempeler Rueda (2015) lo definió así: “Se entiende por eutanasia el acto en sí de producir la muerte en un paciente que padece sufrimiento físico o psicológico insoportable, se encuentra en estado terminal, y que es solicitada por él mismo” (p. 179).

Asimismo, la eutanasia puede ser entendida como la máxima expresión del derecho a morir con dignidad, ya que, busca asegurar que el paciente no prolongue más su

sufrimiento de forma innecesaria, conforme a los distintos pronunciamientos de la Corte Constitucional con respecto al derecho a morir dignamente.

8.5.3. Clasificación o tipología de eutanasia

Con respecto a la eutanasia, uno de los problemas que enfrenta la discusión es la falta de acuerdo terminológico. Este desacuerdo conduce a que haya prácticas que para unos son eutanásicas y para otros no lo sean, o sean de un tipo diferente, por lo que, no se podría avanzar en el tema sin precisar los conceptos y verificar que se vaya por el mismo camino.

Como se afirmó anteriormente, existen unas clasificaciones de la eutanasia que hacen referencia a las diferentes formas en que se puede alcanzar, tanto en el caso si se cuenta o no con la autorización del paciente, o también según el accionar médico. Por eso, la mayoría de los conceptos se expondrá en la siguiente clasificación, de acuerdo con los casos en los que se ve involucrada la voluntad del paciente, según lo propuesto en *Aspectos éticos de la eutanasia* realizado por Rivera López (1997):

- **Eutanasia voluntaria:** El paciente da su consentimiento libre, informado e inequívoco en que le practiquen la eutanasia.
- **Eutanasia no voluntaria:** El paciente no puede otorgar el consentimiento porque no es competente para realizarlo, por ejemplo, cuando se trata de pacientes en estado de inconsciencia.
- **Eutanasia involuntaria:** El paciente no otorga el consentimiento, puede ser porque es consultado y rechaza o porque no se le consulta, pudiéndolo hacer.

Asimismo, lo ratifica el autor Cárdenas Gracia (2023), cuando dice “En la no voluntaria se practica sobre un paciente incompetente, sin tomar en cuenta sus deseos ni su percepción, la eutanasia involuntaria se impone al paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos” (párr. 22). También, señalo que en cuanto a la eutanasia no voluntaria “pueden distinguirse dos supuestos: que la persona haya sido declarada incompetente para tomar decisiones relativas a su salud, ya sea porque está en permanente estado de inconsciencia —coma

permanente e irreversible—, o porque padece trastornos mentales o su desarrollo mental es insuficiente —enfermos mentales, un bebé—” (Cárdenas Gracia, 2023, párr. 23).

Considerando ahora la conducta del médico se pueden tomar las siguientes clasificaciones:

- **Eutanasia activa:** Es una conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente y consiste en la acción de dar una sustancia que provoca la muerte del paciente.
- **Eutanasia pasiva:** Es una conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente y consiste en la omisión de aplicar alguna droga o tratamiento o no conectar algún aparato.

De manera semejante, Cárdenas Gracia (2023) menciona respecto a la eutanasia pasiva que “alguien decide no iniciar o retirarle a otra persona los aparatos, las medicinas o los tratamientos con el fin de acelerar su muerte” (párr. 17). En este apartado, hay que precisar que en Colombia si esta conducta no es llevada a cabo por un médico y cumpliendo los requisitos de las Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social, también, los jurisprudenciales, se puede incurrir en el delito homicidio por piedad, que señala el artículo 106 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal colombiano).

Por otro lado, el modo en que la muerte del paciente es prevista por el médico se pueden distinguir así:

- **Eutanasia directa:** La muerte del paciente es percibida por el médico como un medio para alcanzar un fin más valioso (terminar con el dolor y sufrimiento del paciente).
- **Eutanasia indirecta:** La muerte del paciente es la consecuencia previsible, pero no buscada, es como el daño colateral de un fin más valioso (terminar con el dolor y sufrimiento del paciente).

Frente a esta última, Cárdenas Gracia (2023) ha señalado:

La eutanasia indirecta o lenitiva consiste en administrar al paciente calmantes para mitigar o aliviar dolores, aunque ello traerá como consecuencia secundaria la anticipación del momento de la muerte. En estos casos el médico cumple con el deber de mitigar el dolor, y por ello su conducta queda fuera del radio de prohibición de las normas penales y no puede ser considerada típica (párr. 16).

Pese a que algunos autores distinguen entre estas variantes de tipologías, desde otra óptica otros doctrinantes han señalado lo siguiente:

Eutanasia activa es cuando es el médico quien produce directamente la muerte del paciente, y entendiendo por eutanasia pasiva la limitación del esfuerzo terapéutico consistente en la retirada de un soporte vital a un enfermo que lo ha pedido ejercitando su derecho a no recibir un tratamiento médico o a solicitar su retirada. Se entiende en este último caso que no es una acción directa dirigida a provocar la muerte, sino una omisión (Defensor del Pueblo Andaluz, 2017, p. 289).

Por más que los doctrinantes se han referido a dichas clasificaciones o tipologías –importantes desde el punto de vista, bioético y jurídico–, el resultado final ha sido la confusión entre la ciudadanía, profesionales del sector de la salud, medios de comunicación e incluso juristas, con respecto al significado de la eutanasia, lo que ha generado más dificultad al momento de legislar sobre la materia y establecer protocolos más completos.

Por lo anterior, es de suma importancia la delimitación de la palabra eutanasia que ha tenido una tendencia creciente y establece solo como tal, las siguientes actuaciones:

- a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata,
- b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad, c) se realizan en un contexto de

sufrimiento debido a una enfermedad incurable que los pacientes experimentan como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y d) son realizadas por profesionales sanitarios. (Defensor del Pueblo Andaluz, 2017, p. 290).

8.5.4. Concepto de suicidio médicamente asistido

Por su parte, el suicidio médicamente asistido –conocido popularmente como suicidio asistido– es definido por la Corte Constitucional, mediante la sentencia T-970/14 como:

En este evento, el sujeto activo y pasivo se confunde pues la intervención del médico no es directa, ya que es el mismo enfermo quien provoca su muerte. Ese es el caso en el que galeno proporciona todos los medios necesarios para que el enfermo termine por sí mismo con su vida. En otras palabras, simplemente ayuda al suicida a cometer la conducta. Un ejemplo puede ser aquel médico que prepara o receta una sustancia para que quien quiere morir, la consuma. A pesar de tener gran influencia, la conducta es realizada por el paciente. A veces se tiende a asimilar la eutanasia como el suicidio asistido, pero la diferencia radica en que en la eutanasia el sujeto activo no se confunde con el pasivo y es el médico quien realiza la conducta tendiente a causar la muerte (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014).

Para simplificar, la persona debe cumplir los mismos requisitos establecidos para la aplicación de la eutanasia, pero en este caso el médico simplemente proporcionará los medios para que el paciente alcance la muerte, sin intervenir de manera directa en él. Asimismo, hay que señalar que la Corte Constitucional lo denomina Asistencia Médica al Suicidio y se ha pronunciado así:

La AMS garantiza la muerte y la vida dignas en aquellos casos en los que el paciente manifiesta su consentimiento de manera voluntaria, consciente, informada y libre de presiones de terceros. De ahí que sea necesario mitigar

en la mayor medida posible los riesgos de una decisión que responda a un momento de flaqueza transitorio, con un resultado irreversible, a través de una regulación adecuada y robusta técnicamente, que permita confirmar que la voluntad del paciente permanece en el tiempo. En cualquier caso, la autonomía para diseñar un proyecto de vida propio cobija la posibilidad de que las decisiones que se tomen en ese ejercicio impliquen la terminación anticipada de la vida cuando se juzgue que la misma carece de dignidad. Estos sufrimientos, deben tener su origen en lesión corporal o enfermedad grave e incurable (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022).

Todavía cabe señalar, que en el mismo pronunciamiento la Corte reconoce al suicidio médicamente asistido –también denominado asistencia médica al suicidio– como una de las maneras de acceder al derecho a morir dignamente en Colombia y precisó:

La muerte digna busca garantizar que luego de un ejercicio sensato e informado de toma de decisiones, la persona pueda optar por dejar de vivir una vida con sufrimientos y dolores intensos. En esa medida, cada persona sabe qué es lo que es mejor para ella, por lo cual “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 que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022).

8.5.5. Clasificación o tipología de suicidio médicamente asistido

El suicidio médicamente asistido, en Colombia, se suele diferenciar según dos criterios: el quién –médico– y cómo colabora de la siguiente manera:

- **Asistencia farmacológica:** Es el caso descrito, en el que el médico, es decir, una persona cualificada, entrega medicamentos letales para que el paciente se los administre de manera autónoma, aun teniendo en cuenta, que el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psicológico.

- **Asistencias de otros tipos:** Aquí se puede ajustar a la situación cuando una persona no cualificada proporciona los medios logísticos para que un tercero cause su propia muerte. Por lo tanto, conforme al ordenamiento jurídico colombiano vigente a través del artículo 107 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal colombiano), se encuentra ante una conducta tipificada como “Inducción o ayuda al suicidio” (Ley 599, 2000, art. 107).

8.5.6. Concepto de cuidados paliativos

Inicialmente, se tiene que precisar que la definición de cuidados paliativos ha sufrido múltiples modificaciones a lo largo de los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] define:

Los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (párr. 1).

Lo anterior se apoya también en lo establecido a través de la Ley 1733 de 2014 - también denominada Ley Consuelo Devis Saavedra- que precisa respecto a los cuidados paliativos lo siguiente:

Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal (Ley 1733, 2014, art. 4).

En resumen, en Colombia las personas pueden al final de la vida, recibir cuidados paliativos, reconociendo la importancia de aliviar el dolor cuando la curación es no es posible, siempre buscando la máxima calidad de vida posible en medio de las enfermedades.

8.5.7. Clasificaciones o tipologías de los cuidados paliativos

A pesar de que solo hay una definición de cuidados paliativos, estos paralelamente abarcan diferentes niveles y modalidades de atención, no una única práctica. De esta manera es preciso señalar la clasificación por niveles de complejidad y lugar de atención que realiza Santacruz Escudero y Martínez Gil (2020) de la siguiente forma:

Cuidados paliativos de primer nivel: los provee todo el personal de salud a través del tratamiento sintomático inicial y de soporte. No se requiere formación específica. Se lleva a cabo en todos los niveles de atención.

Cuidados paliativos de segundo nivel: se lleva a cabo por equipos especializados en cuidado paliativo en pacientes con necesidades más complejas de cuidado tanto en el ámbito intrahospitalario como en consulta externa.

Cuidados paliativos de tercer nivel: en este nivel, el equipo de cuidados paliativos se desempeña como el servicio tratante de los pacientes con las necesidades más complejas de atención: aquellos hospitalizados en unidades de cuidados paliativos y hospicio, este último enmarcado en la filosofía de cuidado para los pacientes con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas con pronóstico de vida igual o menor de 6 meses (Santacruz Escudero & Martínez Gil, 2020, p. 26).

De esta manera, se diferencia entre cuidados paliativos básicos que son aquellos que todo médico debería proveer, como manejo inicial del dolor y, posteriormente, los cuidados paliativos especializados, como con dolor oncológico.

Además, es importante señalar que dentro de los cuidados paliativos se reconoce la sedación paliativa definida como:

Una modalidad de tratamiento eficaz para el manejo de estos síntomas refractarios cuando los esfuerzos agresivos no proporcionan alivio. La SP consiste en el uso de medicamentos que inducen sedación y disminución del

nivel de conciencia con el objetivo de aliviar el sufrimiento intolerable en los últimos días de la vida (Quintero Carreño et al., 2022, p. 3).

En síntesis, los cuidados paliativos comprenden un espectro de intervenciones y equipos, orientados a procurar la mejor calidad de vida posible cuando la curación es inviable. Es una situación distinta, con la eutanasia porque hay una intención de morir, mientras que los cuidados paliativos buscan aliviar síntomas, sin intención de causar muerte inmediata.

8.5.8. Fundamentos constitucionales del derecho a morir dignamente

Pese a que el derecho a morir dignamente no es un derecho explícito en la Constitución Política de 1991, encuentra sus fundamentos constitucionales en varios principios y derechos. Adicionalmente, hay que precisar que el artículo 94 de la carta establece “La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos” (C.P., 1991, art. 94), lo que permite señalar el derecho a morir dignamente como un derecho innominado, porque a pesar de que no esté explícitamente nombrado, al ser inherente al ser humano es reconocido o protegido por la interpretación constitucional de la propia Corte Constitucional.

Con respecto a los principios y derechos constitucionales que fundamentan el derecho a morir dignamente son los siguientes:

- **Constitución Política de 1991 - artículo 1:**

El artículo en mención establece la dignidad humana como principio y derecho rector en el ordenamiento jurídico colombiano, lo que inevitablemente ha llevado a la Corte Constitucional a que garantice que el fin de la vida se realice en las condiciones dignas y siempre respetando la integridad física y psicológica del individuo, evitando el sufrimiento innecesario.

- **Constitución Política de 1991 - artículo 11**

Aun cuando este artículo establece que la vida es un derecho inviolable; la Corte Constitucional a través de la sentencia C-239 de 1997 estableció la excepción de

un enfermo terminal, con su consentimiento, cuando para evitar la prolongación de sus dolores, un médico le ayudará a causar la muerte.

- **Constitución Política de 1991 - artículo 12:**

El artículo en cuestión establece la prohibición de someter a una persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes y a su respecto la Corte Constitucional, en sentencia C-164 de 2022, ha enfatizado que el hecho de imponer a una persona a que soporte sufrimiento intenso proveniente de una enfermedad grave e incurable resulta inconstitucionalmente inadmisibles, dado que, se estaría sometiendo a los tratos crueles a los que hace referencia este artículo.

- **Constitución Política de 1991 - artículo 16:**

Este artículo es quizás uno de los que mejor sustenta el derecho a morir dignamente, ya que, menciona que todas las personas tienen el derecho al libre desarrollo de la personalidad sin otros límites que el respeto a los derechos de terceros, es decir, este derecho permite la interpretación de la autonomía individual, lo que les permite a las personas tomar decisiones sobre sí mismas, su propio cuerpo, incluyendo el proceso de morir como cada persona encuentre mejor según su idea de vida o autodeterminación.

- **Constitución Política de 1991 - artículo 18:**

Aunque el derecho consagrado es el de libertad de conciencia que protege las convicciones o creencias íntimas de cada persona, encuentra su punto de intersección con el derecho a morir dignamente en los casos en los que los médicos que intervienen directamente en el procedimiento objetan conciencia por considerar dicho acto, contrario a sus íntimas convicciones.

- **Constitución Política de 1991 - artículo 49:**

Con base en este artículo se consagra en materia de salud la prestación del servicio público, por lo que, encuentran su interconexión en la salud, la calidad de vida de los ciudadanos colombianos y como una parte integral de la dignidad humana.

En conjunto, dichos mandatos constitucionales han permitido a la Corte Constitucional reconocer que una vida digna exige, en determinadas circunstancias, autorizar la muerte libremente elegida. Teniendo en cuenta que, aunque la Constitución no ampara directamente este derecho, los principios y derechos taxativos han sido interpretados de modo que el final de la vida se decida conforme a la voluntad del individuo.

8.5.9. Teorías aplicables: los cuatro principios de la bioética de Tom L. Beauchamp y James F. Childress

La bioética, como disciplina que estudia los problemas éticos surgidos en la práctica médica, se ha consolidado como un marco teórico esencial para abordar los dilemas relacionadas con el final de la vida. En Colombia, el derecho a morir dignamente ha sido reconocido por la Corte Constitucional, desde la sentencia C-239 de 1997 y con diversos pronunciamientos más profundos en los años siguientes. No obstante, conforme a la hipótesis planteada anteriormente, la implementación efectiva de este derecho enfrenta obstáculos jurídicos derivados de la ambigüedad normativa, la interpretación restrictiva del marco legal y el uso desproporcionado de la objeción de conciencia. En ese contexto, se revisarán cada uno de los principios de la bioética distinguidos por Beauchamp y Childress – autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia social– teniendo en cuenta que dada la complejidad de los estos asuntos. Así mismo, los principios se han multiplicado y evolucionado como, por ejemplo, conceptos como integridad, vulnerabilidad y los principios de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (Urrea Mora & Aristizabal Tobler, 2024) y su aplicación al derecho a morir dignamente en Colombia, con un enfoque en las prestaciones específicas para morir, para comprender de mejor manera los obstáculos, así como para proponer soluciones que fortalezcan el marco jurídico que regula, por ahora, este derecho fundamental.

- Principio de la autonomía:

El principio de la autonomía reconoce el derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas sobre su propia vida y cuerpo, incluyendo la decisión de morir dignamente. En el contexto colombiano, este principio ha sido fundamental en la

jurisprudencia constitucional que reconoce el derecho a morir dignamente como un derecho fundamental, especialmente, en casos de eutanasia.

Según la Corte Constitucional de Colombia, la persona es considerada como un sujeto moral, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que a él incumben en primer término (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997). Dicho reconocimiento jurisprudencial establece que el Estado debe respetar las decisiones autónomas de los individuos, tanto de su vida, como de su muerte. Además, ese histórico fallo se fundamenta en la autonomía personal y la dignidad humana, valores esenciales del ordenamiento constitucional colombiano.

En el ámbito de la bioética se afirma que la autonomía personal incluye:

Reconocer el derecho de una persona a tener una opinión, a realizar una elección y a emprender una acción basándose en sus valores y creencias personales”. Este principio no solo recoge que las personas tienen derecho a sostener sus propias opiniones, sino que en algunas circunstancias implica el fomento de las condiciones de la persona para tomar una decisión autónoma. Implica la capacidad de escoger libremente entre diferentes opciones de cómo deseamos vivir y cómo deseamos morir. También implica el respeto a la elección personal, aunque implique una posible equivocación (Salusplay, 2025, párr. 5).

En dicho sentido:

Para Beauchamp y Childress, el individuo autónomo es el que «actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido. [Asimismo], la autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales (Siurana Aparisi, 2010, p. 125).

Todavía cabe señalar, que conforme a este principio bioético “El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la

toma de decisiones” (Siurana Aparisi, 2010, p. 124)., situación que ha venido presentando falencias graves en el derecho a morir dignamente en Colombia, especialmente, cuando los pacientes solicitan la realización de la eutanasia.

De lo anterior se infiere que, tanto en bioética como en derecho, se reconoce, pese a sus sutiles diferencias, la autonomía de la persona para autodeterminarse en vivir como se quiera, pero todavía en la práctica persisten los obstáculos, los cuales se abordarán en los capítulos posteriores. No obstante, este análisis destaca la relevancia del principio de autonomía en la toma de decisiones, tanto por parte de los médicos como en los pacientes, en el derecho a morir dignamente, especialmente, en su modalidad de prestaciones específicas para morir.

- Principio de beneficencia:

Este principio puede definirse como “todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros” (Siurana Aparisi, 2010, p. 125), por lo que, implica el deber del médico de procurar el máximo bienestar del paciente, inclusive si dicho bienestar es la muerte misma.

En términos bioéticos “la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros” (Siurana Aparisi, 2010, p. 125). Por su parte, “Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios. La utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños” (Siurana Aparisi, 2010, p. 125). En otras palabras, la beneficencia positiva implica la obligación de actuar en beneficio de otros, enfocándose en los actos que benefician a los demás. Mientras tanto, la utilidad se refiere a una ponderación de beneficios y daños para llegar a tomar decisiones.

Ahora bien, en el contexto de esta investigación, en Colombia los obstáculos jurídicos podrían señalar que en la práctica médica se presentan serias dificultades al momento de que el personal garantice este principio bioético, dado que, hay casos en los que pese a la historia clínica y la constatación de múltiples padecimientos del paciente, se niega su acceso al derecho morir dignamente a

través de la eutanasia, lo que implica que no se realiza correctamente la aplicación de este principio, en cuanto a la beneficencia positiva (actuar en beneficio de otros) y la utilidad (la ponderación entre beneficios y daños, en otros términos, expectativa de vida y derecho a morir con dignidad), lo que limita la función asistencial y protectora que exige la beneficencia.

- Principio de no maleficencia:

La no maleficencia hace referencia “a la obligación de no infringir daño intencionadamente” (Siurana Aparisi, 2010, p. 124), en otros términos, implica ante todo no hacer daño o evitar el mal.

Si bien hay autores que consideran a la no maleficencia y la beneficencia como un mismo principio. No obstante, “Para Beauchamp y Childress la obligación de no dañar a otros, por ejemplo, no robar, no lastimar o no matar, es claramente distinta a la obligación de ayudar a otros, por ejemplo, ofrecer beneficios, proteger intereses o promover bienestar” (Siurana Aparisi, 2010, p. 125).

Teniendo en cuenta que, “este principio tiene que ver con no hacer daño a los demás, obliga a los profesionales sanitarios a no realizar ninguna acción que perjudique a los pacientes” (Salusplay, 2025, párr. 7). Hay quienes consideran que este principio es la sustentación ideal contra el derecho a morir dignamente, específicamente para la eutanasia, pues, ocasionar la muerte a un paciente enfermo es moralmente incorrecto. Sin embargo, “en circunstancias muy precisas dicha acción puede ser considerada moralmente correcta, cuando intervienen elementos de calidad de vida y de respeto a las decisiones autónomas de las personas” (Royer i Qui, s.f., párr. 12).

De lo anterior se infiere que este principio está incluido en las decisiones de la Corte Constitucional, respecto a morir dignamente porque obligar a un paciente a recibir tratamientos inútiles que alargan innecesariamente el sufrimiento para preservar la vida es hacerle daño al paciente y perjudicarlo, especialmente, cuando se omiten las reglas jurisprudenciales y se proporciona una interpretación restrictiva a las circunstancias concretas de cada caso.

Cabe enfatizar que este principio, por lo menos no por ahora, avala a los particulares, para cometer los delitos de homicidio por piedad, inducción o ayuda al suicidio –consagrados en los artículos 106 y 107, respectivamente, de la Ley 599 del 2000–.

En la práctica este principio – sin la regulación necesaria – suele confundir a los profesionales de la salud que juraron salvaguardar la vida de sus pacientes y no causarles ningún daño, dado que:

Los profesionales no siempre vamos a poder determinar qué entendemos por esto. La práctica profesional debe realizarse según la *lex artis* que en el ámbito jurídico significa “buena práctica clínica” (Salusplay, 2025, párr. 8).

Es decir, que los médicos se rigen por el ordenamiento jurídico vigente y sin una interpretación idónea de lo que puede representar el principio de no maleficencia, especialmente en la eutanasia, puede desconcertar a los profesionales intervinientes que temen violar este principio y el ordenamiento jurídico, conllevándolos a rechazar solicitudes que deben ser autorizadas.

Para concluir, este principio implica evitar tratamientos que prolonguen el sufrimiento del paciente sin ofrecer una mejora significativa en su calidad de vida. En ese sentido, la eutanasia puede ser vista como una forma de evitar el daño asociado al sufrimiento prolongado del paciente.

- Principio de justicia social:

La justicia en bioética “Se refiere fundamentalmente a la justicia en sentido distributivo, que implica distribuir los recursos, derechos y obligaciones desde el punto de vista sanitario de forma equitativa y ecuánime sin discriminación” (Salusplay, 2025, párr. 10), dicho de otra manera, se enfoca en la equidad y la distribución justa de recursos y servicios de salud, es decir, se exige que todos los pacientes tengan igual acceso a los servicios de salud, lo que incluye la eutanasia.

En ese mismo sentido:

Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente (Siurana Aparisi, 2010, p. 127).

Asimismo, le añaden el término de social o distributiva que “según estos autores, se refiere a «la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social»” (Siurana Aparisi, 2010, p. 127).

En el contexto colombiano este principio implica que ninguna persona debe ser excluida del proceso eutanásico por su falta de recursos o vivir en zonas apartadas, del mismo modo, la importancia de no se establecer privilegios según el tipo de enfermedad o edad.

Sin embargo, en la práctica, la realidad es muy distinta respecto a este principio, dado que, se presentan desigualdades en el acceso al derecho a morir dignamente. En consecuencia, la justicia social como principio bioético, al no ser correctamente implementado, persisten los obstáculos para el acceso al derecho a morir dignamente en Colombia, especialmente, cuando se refiere a la eutanasia.

Cabe señalar que, estos principios “no deben aplicarse mecánicamente porque los conflictos entre Principios no pueden resolverse a priori, es decir sin hacer referencia a las circunstancias concretas del caso o de la situación al que pretendamos aplicarlos” (Royer i Qui, s.f., párr. 12).

En Colombia, la integración de los principios bioéticos al derecho a morir dignamente es esencial para que el acceso a este derecho se ejerza plenamente. En la práctica, la jurisprudencia de la Corte Constitucional intenta armonizar con los principios y derechos constitucionales. Sin embargo, los obstáculos jurídicos actuales han impedido que estas ideas se traduzcan de forma efectiva en la vida real. Para superar estas barreras hay que aplicar los principios bioéticos y constitucionales, sólo así, el derecho a morir dignamente no quedará en lineamientos, sino que se garantizará que la autonomía del paciente sea respetada,

que su bienestar sea protegido y que el acceso al morir dignamente sea justo para todos los colombianos.

8.5.10. Otras figuras jurídicas aplicables

Tras la revisión teórica, se encontraron varios términos o instrumentos jurídicos que resulta clave definir para lograr un mayor entendimiento y análisis jurídico del problema de investigación.

- Distanasia

La distanasia es entendida como el procedimiento opuesto a la Eutanasia, denominado por los autores franceses como “Encarnizamiento terapéutico” y que conjuga aquellas técnicas y procedimientos tendientes a mantener con vida a un enfermo terminal, sin que exista ninguna expectativa de alivio” (Gálvez, 2013, p. 2).

En ese mismo sentido, la Corte Constitucional ha precisado que la distanasia supone la prolongación de la vida por cualquier medio, incluso, causando efectos perversos en la salud, dignidad y vida del paciente. El objetivo de esta práctica consiste en impedir innecesariamente la muerte de la persona. Dado que la distanasia prolonga la vida de manera innecesaria, la ciencia médica ha optado por establecer tratamientos en los cuales se garantice la dignidad y el no sufrimiento de las personas. Ese es el caso de los cuidados paliativos que parte de un supuesto y es la no voluntad del paciente para morir (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014).

- Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son definidos como:

La atención que se ofrece para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que pone la vida en peligro, como el cáncer. Estos cuidados se ofrecen con o sin intención de curar la enfermedad. Los cuidados paliativos se enfocan en la persona completa, no solo en la enfermedad. La meta es evitar o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y del tratamiento lo antes posible, además de

tratar cualquier problema psicológico, social y espiritual relacionado (Instituto Nacional del Cáncer, 2021, párr. 1).

De conformidad con esto, la Corte Constitucional, ha ratificado que estos cuidados son un tratamiento médico que dignifica la vida de quienes inevitablemente van a morir, pero que su voluntad no es otra a que llegue la muerte de forma natural. Este procedimiento es una alternativa intermedia a la eutanasia y distanasia. En efecto, no prolonga innecesariamente la vida, pero tampoco la termina deliberadamente, dado que, el paciente no lo quiere así. El objetivo es orientar los tratamientos médicos al alivio del dolor, en vez de buscar la sanación del enfermo (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014).

- **Documento de Voluntad Anticipada**

En esencia es un documento, con validez legal, mediante el cual las personas expresan sus deseos sobre los cuidados médicos que recibiría o no en el futuro. Del mismo modo, el Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.) ha dicho:

El documento de voluntad anticipada (DVA) es aquel ... en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad sobre las preferencias al final de la vida que sean relevantes para su marco de valores personales (párr. 1).

Acorde con lo anterior, “El DVA garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la autonomía de la persona que lo suscriba y que posteriormente se encuentre, por diversas circunstancias y en determinado momento, en imposibilidad de manifestar su voluntad” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f., párr. 2). En cualquier caso, el documento no constituye una voluntad única, ya que, si la persona decide cambiar las indicaciones plasmados en el documento lo podrá hacer, asimismo, podrá hacerlo de forma expresa si la persona es capaz y está en pleno uso de sus facultades.

En síntesis, los subtemas expuestos confluyen para explicar la base conceptual y contextual de la investigación. La amplia gama de definiciones y clasificaciones muestra que el concepto de eutanasia y sus prácticas relacionadas tienen múltiples aristas para el análisis médico y legal, lo que ha exigido que la Corte Constitucional delimitar cuándo y cómo se aplica el derecho a morir dignamente en el país. Asimismo, las teorías bioéticas, que nacen como guías para la práctica médica, en el contexto trabajado –donde el derecho a morir dignamente ha sido reconocido por la Corte Constitucional– estos principios adquieren fuerza jurídica cuando se integran a la interpretación constitucional de los derechos fundamentales. Por ello, los obstáculos jurídicos para el acceso a morir dignamente no solo vulneran normas legales, sino que también desconocen los estándares bioéticos-jurídicos que orientan la relación entre el médico y los pacientes.

9. Hipótesis

A pesar de la despenalización de las prestaciones específicas para morir en el derecho a la muerte digna, desde el año 1997, la implementación efectiva enfrenta unos obstáculos jurídicos derivados de la ambigüedad normativa, la interpretación restrictiva de la jurisprudencia constitucional, el uso desproporcionado de la objeción de conciencia y la ausencia de mecanismos claros para garantizar el acceso real al derecho a morir dignamente, lo cual evidencia la necesidad de un fortalecimiento del marco jurídico e institucional que lo regule.

10. CAPÍTULO DOS: DISEÑO METODOLÓGICO

10.1. Tipo de investigación

10.2. Paradigma

La presente tesis, cuenta con una metodología cualitativa, dado que, “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 7). En otras palabras:

Las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general ... el enfoque se basa en métodos de recolección de

datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 8).

Estas características de la investigación cualitativa hacen que sea frecuente usarlos en los fenómenos sociales, ya que, el énfasis no está en medir las variables involucradas en dicho fenómeno, sino en entenderlo.

Acorde con lo anterior, la investigación cualitativa resulta pertinente para la investigación, puesto que, permite analizar de manera profunda los datos utilizados en las ciencias sociales, específicamente, en la ciencia del derecho, centrándose en el análisis de textos, puntualmente, jurídicos, en vez de números o estadísticas relacionadas con el tema. Este enfoque ayuda a captar matices y detalles que son fundamentales para comprender la complejidad del fenómeno estudiado.

Es claro, teniendo en cuenta la problemática y los objetivos del proyecto de investigación que, es susceptible de descripción y análisis desde la perspectiva cualitativa y más aún cuando se busca identificar los obstáculos jurídicos presentes en el acceso al derecho a morir dignamente en Colombia, con énfasis en la modalidad de prestaciones específicas para morir.

10.3. Enfoque

El enfoque de la presente tesis es hermenéutico, descriptivo y fenomenológico, teniendo en cuenta, lo que se expresará a continuación:

10.3.1. Hermenéutico

El objetivo principal del enfoque hermenéutico es proveer:

Una alternativa propia para la interpretación de los textos. La hermenéutica es, en sentido general, el estudio de la comprensión y de la interpretación, y en sentido particular, la tarea de la interpretación de textos ... El campo de la hermenéutica se desarrolló como un esfuerzo para lograr modos históricos y humanísticos del entendimiento. Pero la hermenéutica no se limita a un conjunto de instrumentos y técnicas para la explicación de textos, sino que intenta ver el problema dentro del horizonte general de la interpretación misma. De esta manera, su foco de atención es doble: (i) el hecho de la

comprensión de un texto y (ii) qué significan la interpretación y la comprensión (Quintana & Hermida, 2019, p. 76).

Precisamente, se emplea la hermeneútica para interpretar textos jurídicos, es decir, fuentes legales primarias, con el propósito de explicar, evaluar o predecir decisiones judiciales, legislativas o desarrollar reformas legales (Sánchez Zorrilla, 2011). Para ello, se recurre a la interpretación de todos los elementos del texto, incluyendo los gramaticales, semánticos y extensivos, por lo que, la “tarea del investigador es tratar de descifrar lo más auténticamente posible el significado, actual, de la norma mediante el recurso a cada una de las dimensiones de la interpretación hermenéutica” (Quintana & Hermida, 2019, p. 77).

10.3.2. Descriptivo

En consonancia con lo anterior, la investigación es de carácter descriptivo de tipo documental, dado que, la información que se analiza corresponde a fuentes primarias como leyes, sentencias emitidas por la Corte Constitucional, resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social y otros estudios, con el fin de analizar un fenómeno jurídico como es el derecho a morir dignamente en su modalidad de prestaciones específicas para morir, sus características y componentes.

Dicho lo anterior, señala Hayman (1981) sobre la investigación descriptiva que:

Es aquella en la que consiste describir y evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo, en ella se analizan los datos reunidos de cada una de las variables a investigar; en este tipo, el investigador puede interpretar los resultados de una manera, pero desgraciadamente ésta será a menudo sólo una de las varias maneras de interpretarlos (p. 30).

10.3.3. Fenomenológico

La fenomenología se entiende desde “la escuela de pensamiento o filosofía creada por E. Husserl (1859-1938) en la primera parte del siglo xx, cuyos principios son esenciales para la comprensión de la corriente interpretativa” (Arnal et al., 1994, p. 195). De ahí que este paradigma aporte a la metodología interpretativa lo siguiente:

a) la primacía que otorga a la experiencia subjetiva inmediata como base del conocimiento; b) el estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos, teniendo en cuenta su marco referencial; e) su interés por conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción (Arnal et al., 1994, p. 195).

El enfoque de la fenomenología es usado en ciencias sociales ya que propone una mirada a los fenómenos humanos desde la propia experiencia vivida y de la huella que dejan en la conciencia individual. En dicho sentido, entre sus características encontramos que tratará de entender el mundo, en el caso concreto, un fenómeno jurídico como el ejercicio del derecho a morir dignamente en su modalidad de prestaciones específicas para morir, a través de la experimentación interna de las personas. También, estudia casos ilustrados de manera descriptiva y reflexiva que aportará al objetivo específico de comprender las barreras para acceder al derecho fundamental a morir dignamente en la modalidad de prestaciones específicas para morir, en Colombia, mediante los casos ilustrados, entregados por la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente.

10.4. Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos de investigación hacen referencia a las herramientas que permiten recolectar la información que permitirá la construcción de una serie de datos. La usada para la recolección de la información en la presente investigación será documental y de fuentes primarias, ya que, solo se pretende recopilar la información que provenga de fuentes como la constitución, leyes, libros, doctrina, jurisprudencia y, de dicho modo, trasladarla para darle respuesta al objeto de estudio que, como se estableció, es identificar los obstáculos jurídicos presentes en el acceso al derecho a morir dignamente en Colombia, con énfasis en la modalidad de prestaciones específicas para morir y, por último, responder la pregunta problema, conforme a la revisión exhaustiva y su análisis.

De igual modo, las fuentes secundarias, a pesar de ser exposiciones, explicaciones, comentarios, análisis o interpretaciones de las fuentes primarias, resulta útil para el proyecto de investigación, ya que, incluyen libros académicos, artículos, reseñas,

enciclopedias sumamente valiosas para la construcción del proyecto, sin recurrir al trabajo de campo.

11. CAPÍTULO TRES: DEFINICIÓN JURÍDICA DE LA MODALIDAD DE PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA MORIR – EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO – DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.

Con el propósito de definir jurídicamente la modalidad de prestaciones específicas para morir del derecho a morir dignamente en Colombia, es indispensable abordar los conceptos de eutanasia y suicidio médicamente asistido desde una doble perspectiva: una general y una jurídica, pues son lo que componen la modalidad de prestaciones específicas para morir. Si bien ambas prácticas tienen similitudes, existen diferencias que resultan fundamentales esclarecer para alcanzar con precisión técnica en el objetivo propuesto. Por eso, la jurisprudencia de la Corte Constitucional resulta fundamental para este fin, dado que, ha sido determinante para delimitar dichos conceptos y establecer su legalidad dentro del ordenamiento jurídico colombiano.

Para empezar a contrastar estas definiciones, es importante subrayar que “El término “muerte asistida” abarca tanto el concepto de la eutanasia como el de suicidio asistido” (Reis de Castro et al., 2016, p. 356). Asimismo, hay que señalar que la Corte Constitucional en la sentencia T-445 de 2024 afirmó que:

El derecho fundamental a morir dignamente se relaciona, entre otros, con los derechos a la dignidad humana y la vida; y puede ejercerse de diversas maneras, tres de las cuales han sido identificadas por la jurisprudencia constitucional: “(i) **los cuidados paliativos**, regulados por Ley 1733 de 2014, que pretenden dar manejo al dolor y el sufrimiento ante enfermedades que carecen de medidas terapéuticas y de curación efectivas; (ii) **la adecuación del esfuerzo terapéutico**, que consiste en suspender o limitar las medidas de soporte a la vida, cuando estas pueden llevar a mayor sufrimiento al paciente (actuación conocida como distanasia) y (iii) **las prestaciones específicas para morir**, usualmente conocidas como formas de eutanasia,

que están sometidas a las condiciones de justificación del homicidio por piedad (p. 54).

Con base en lo anterior, la Corte sostiene hasta la fecha que el derecho a morir dignamente se divide en tres dimensiones, las cuales son: i) modalidad de prestaciones específicas para morir, ii) limitación del esfuerzo terapéutico y iii) cuidados paliativos.

11.1. Definición de eutanasia

En cuanto a la palabra eutanasia, como se analizó previamente, fue introducida por Francis Bacon, bajo la acepción de muerte sin dolores. Sin embargo, su origen etimológico fue heredado de los vocablos griegos “eu” y “thanatos”, cuyo significado es buena muerte.

Conforme a la Clínica Universidad de Navarra (2025) la eutanasia es definida como “Muerte provocada por cualquier medio a un moribundo, cuya curación se considera imposible, teóricamente con consentimiento de este, al objeto de evitarle sufrimientos” (párr. 1). Del mismo modo, el Centro de Bioética de la Universidad Católica de Chile, explica el término, así: “Acción u omisión producida por un médico u otro miembro del equipo de salud, con la intención de provocar directamente la muerte de un paciente, para aliviar su sufrimiento y contando con su consentimiento (o del representante legal)” (Carrasco & Valera, s.f., p. 2).

Habría que decir también, que la Organización Mundial de la Salud [OMS] y la Asociación Médica Mundial [AMM] expone sobre este concepto como “el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar” (Lampert Grassi, 2019b, p. 2). Y, por su parte, la Real Academia de la Lengua Española [RAE] (2025) define la eutanasia como el “hecho de acelerar o provocar la muerte de un enfermo incurable para evitarle sufrimiento, ya aplicando medios adecuados, ya renunciando a aplicar los que prolongarían su vida” (párr.1).

Igualmente, la Sociedad Médica de Santiago ha definido de manera más específica la eutanasia, así:

La muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre abundantemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera deliberada por el personal sanitario o al menos con su ayuda, mediante fármacos o con la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se valora como ya no digna de ser vivida (Echeverría Bunster, 2011, p. 643).

11.2. Definición de suicidio médicamente asistido

Por lo que se refiere al suicidio médicamente asistido –también denominado suicidio asistido, o en Colombia asistencia médica al suicidio– cabe aclarar que dependiendo la legislación de cada país puede ser denominado de maneras similares como auxilio al suicidio y, por ende, en muchas legislaciones está considerado una conducta punible. No obstante, “es legal en algunos países: Bélgica, Canadá, Colombia, Luxemburgo, Países Bajos, Suiza y algunos estados de Australia” (Cornell Law School, s.f., párr. 2). Hay que mencionar, que en Colombia se despenalizó relativamente hace poco, mediante la sentencia C-164 de 2022 de la Corte Constitucional, expuesta por el magistrado ponente Antonio José Lizarazo Ocampo.

Con respecto al suicidio médicamente asistido se define así “cuando un médico, a petición de un enfermo terminal, le facilita un medicamento capaz de producirle la muerte y es el paciente quien realiza la acción de ingerirlo poniendo fin a su vida” (Defensor del Pueblo Andaluz, 2017, p. 8). De esta manera, se evidencia que el elemento clave para la distinción entre eutanasia y suicidio asistido es quien materializa el acto, dado que, en la eutanasia el médico aporta y materializa la acción, mientras que, en el suicidio asistido el médico suministra los medicamentos, pero quién materializa la acción es el propio sujeto quien desea su muerte. Cabe destacar, que la acepción enfermo terminal en Colombia mediante sentencia de la Corte Constitucional ya no es requisito para solicitar la eutanasia y, por ende, al suicidio médicamente asistido.

Así mismo, el suicidio asistido –llamado también auxilio al suicidio– se entiende como:

La acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que proporciona esta ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido (Trujillo Vargas, 2016, p. 14).

11.3. Definición jurídica de eutanasia conforme a los pronunciamientos de la Corte Constitucional

Inicialmente, hay que señalar que el tratamiento jurídico de estas figuras en Colombia ha estado marcado principalmente por el desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional, atravesando la diversa jurisprudencia emitida por la Corte Constitucional de Colombia, desde su despenalización en la sentencia C-239 de 1997; la que asienta el hito de la línea jurisprudencial sobre el derecho a morir dignamente, es decir, la sentencia T-970 de 2014; y la sentencia C-164 de 2022, mediante la cual, se regula el suicidio médicamente asistido y todas las demás emitidas, que apoyan los conceptos y características para acceder al derecho a morir con dignidad.

Considerando esto, en la sentencia C-239 de 1997 del magistrado ponente Carlos Gaviria Díaz, la Corte Constitucional define la eutanasia de la siguiente manera:

Es la actividad llevada a cabo para causar la muerte a un ser humano a fin de evitarle sufrimientos. Por los fines que persigue se le llama también homicidio piadoso u homicidio por piedad, ya que la muerte se busca como un medio para evitar a la persona dolores insoportables, deformaciones físicas, una ancianidad muy penosa, o en general cualquier condición personal que mueva a la compasión (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997).

Asimismo, la Corte precisa que hay diferentes tipos de eutanasia, las cuales dependen de los medios que utiliza el agente, entre las que definen se destacan la

eutanasia activa –cuando se causa la muerte por medio de una acción directa– y pasiva –cuando se omiten tratamientos que prolongan la vida de manera artificial–.

Posteriormente, en la **sentencia T-970 de 2014**, la Corte Constitucional señalan que las definiciones respecto a la eutanasia son múltiples y actualmente no se cuenta con alguna totalmente aceptada. Sin embargo, señalan que sí está claro que en dicho procedimiento deben concurrir los siguientes elementos:

1. El sujeto pasivo que padece una enfermedad terminal.
2. El sujeto activo que realiza la acción u omisión tendiente a acabar con los dolores del paciente quien, en todos los casos, debe ser un médico.
3. Debe producirse por petición expresa, reiterada e informada de los pacientes.

De esa manera, precisan que de no concurrirse los anteriores elementos se estaría en presencia de un fenómeno diferente. Asimismo, que cuando se verifican en su totalidad, la eutanasia puede provocarse de diferentes maneras, tal cual, como se mostró previamente.

Es necesario recalcar que, en la actualidad no es necesario que la persona padezca una enfermedad terminal para acceder a la eutanasia, ya que, desde la sentencia C-233 de 2021 se permite realizar el procedimiento a personas con enfermedad grave e incurable sin que sea, necesariamente de carácter terminal. Asimismo, el sujeto pasivo no requiere ser mayor de edad a partir de la sentencia T-544 de 2017 y la posterior Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

11.4. Definición jurídica de suicidio médicamente asistido conforme a los pronunciamientos de la Corte Constitucional

Por su parte, el Suicidio Médicamente Asistido (SMA) o –como lo cataloga la Corte Constitucional de Colombia– Asistencia Médica al Suicidio (AMS) consiste conforme a los señalamientos realizados en la sentencia C-164 de 2022 en que “una persona que, padeciendo intensos sufrimientos por una enfermedad grave diagnosticada, para que de acuerdo con su claro convencimiento dé fin a tales sufrimientos propiciando su propia muerte” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164,

2022, p. 1). De igual modo, señalaron que “La AMS garantiza la muerte y la vida dignas en aquellos casos en los que el paciente manifiesta su consentimiento de manera voluntaria, consciente, informada y libre de presiones de terceros” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022, p. 1).

Sin embargo, fueron enfáticos en advertir que no toda Asistencia Médica al Suicidio puede considerarse excluida del artículo 107 de la Ley 599 del 2000, ya que, se tienen que dar unos presupuestos para que la conducta no se enmarque en el delito de la **inducción al suicidio**. Dichos presupuestos son: i) que el sujeto pasivo, padezca intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable; ii) el sujeto pasivo, manifieste su voluntad de ser asistido para dar por terminada su vida, este consentimiento debe ser informado, consciente e inequívoco; iii) Debe ser un médico, por su conocimiento técnico, quien autorice los medicamentos e indique cuál es la manera más segura de administrarlos.

Hay que mencionar, además, que la Corte Constitucional sostiene el carácter:

Fundamental que se predica del derecho a morir dignamente, -mas no del medio empleado para materializar este derecho. En tal sentido, se concluyó que la AMS se enmarca en el principio rector de la dignidad humana y los derechos fundamentales a la vida digna, muerte digna y libre desarrollo de la personalidad (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022, p. 65).

En otros términos, la Corte reconoce que el derecho a morir dignamente en Colombia es fundamental y, al igual que en la eutanasia, se enmarca en los principios relacionados con los derechos de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad.

En consecuencia, la Asistencia Médica al Suicidio (AMS) es una forma de que las personas que padecen un intenso sufrimiento, otorgando su consentimiento, sean asistidos técnicamente por un médico para causarse su propia muerte. De esa manera, podrán acceder al derecho fundamental a morir dignamente.

Adicionalmente, la Corte Constitucional ha destacado que la muerte digna es un derecho fundamental y autónomo:

Compuesto por dos dimensiones: de un lado, la dignidad humana como presupuesto esencial del ser humano, y por el otro, la autonomía personal. Morir dignamente en sus diversas acepciones puede ser materializado por las siguientes formas: (i) los cuidados paliativos, (ii) la adecuación del esfuerzo terapéutico, y (iii) las prestaciones específicas para morir. Por tanto, lo fundamental es el derecho a morir dignamente, más que el medio para hacerlo (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022, p. 66).

Precisamente, todas las personas tienen el derecho fundamental a morir dignamente y su autonomía les permite escoger las dimensiones en que desean materializarlo, porque, sin importar cuál de ellas se escoja, se está en la órbita de dicho derecho fundamental. Además, hay que señalar que la Corte agrupa la eutanasia y la asistencia médica al suicidio en la dimensión de las prestaciones específicas para morir.

11.5. Diferencias conceptuales relevantes

Basado en la revisión realizada, es claro que ambos conceptos tienen diferencias conceptuales y jurídicas que pueden ser entendidas de mejor forma en la Tabla 2:

Tabla 2 Diferencias conceptuales relevantes entre Eutanasia y Asistencia Médica al Suicidio

Criterio	Eutanasia	Asistencia Médica al Suicidio
Ejecutor del acto final	Profesional de la salud	El propio paciente
Participación médica	Directa: Administra el medio para morir.	Indirecta: Suministra únicamente los medios.
Legalización en Colombia	Desde 1997 (Sent. C-239)	Desde 2022 (Sent. C-164)
Finalidad	Aliviar sufrimientos graves e incurables.	Aliviar sufrimientos graves e incurables.

Nota: Elaboración propia.

12. CAPÍTULO CUARTO: ANÁLISIS DE JURISPRUDENCIA DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.

El estudio de la jurisprudencia constitucional resulta indispensable para comprender el desarrollo y consolidación del derecho fundamental a morir dignamente en Colombia, especialmente en su modalidad de prestaciones específicas para morir,

que incluye la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. De igual modo, este capítulo se apoyará en la obra titulada *El derecho de los jueces* del autor colombiano Diego Eduardo López Medina, cuya perspectiva resalta la función activa e interpretativa de la Corte Constitucional como garante de los derechos fundamentales en escenarios de omisión legislativa, tal como ha sucedido en la regulación de este derecho.

La Corte Constitucional no solo ha llenado el vacío normativo dejado por el legislador al despenalizar y regular el derecho a morir dignamente, sino que ha construido mediante diversas decisiones un marco que contiene las garantías constitucionales que buscan proteger este derecho, a través de la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad –autonomía personal–, entre otros.

Es así como, el análisis jurisprudencial que se presenta a continuación buscará develar cómo la Corte ha ido trazando líneas interpretativas que configuran este derecho, superando resistencias normativas, culturales e institucionales y, a su vez, permite visibilizar las barreras pendientes que enfrenta la efectiva implementación del derecho a morir dignamente en Colombia.

12.1. Metodología del análisis y líneas jurisprudenciales

El análisis jurisprudencial que se desarrollará en este capítulo se estructura a partir de la metodología propuesta en el libro *El derecho de los jueces* del autor Diego Eduardo López Medina especialmente, en el capítulo “Conceptos fundamentales de la línea jurisprudencial”.

En esta obra, se afirma que:

Puesta sobre un gráfico, una línea de jurisprudencia es una pregunta o un problema jurídico bien definido, bajo el cual se abre un espacio abierto de posibles respuestas. Este espacio abierto, con todas las posibles respuestas a la pregunta planteada, es una estrategia conveniente para graficar las soluciones que la jurisprudencia ha dado al problema y para reconocer, si existe, un patrón de desarrollo decisional (López Medina, 2006, p. 23).

En otras palabras, la línea jurisprudencial es un mecanismo mediante el cual se espera graficar una pregunta y, del mismo modo, las soluciones que mediante sentencias se ha dado a dicho problema. Asimismo, esta graficación permitirá reconocer un patrón de desarrollo en las decisiones adoptadas en dichas sentencias.

Con respecto al problema jurídico se señaló que “es la pregunta que encabeza la línea jurisprudencial y que el investigador intenta resolver mediante la identificación y la interpretación dinámicas de varios pronunciamientos judiciales” (López Medina, 2006, p. 23).

En cuanto a las clases de sentencias dentro de una línea jurisprudencial el autor es enfático en afirmar que en una línea jurisprudencial se permite revelar la existencia de distintos tipos de sentencias, que se mencionaran a continuación:

1. Sentencia hito:

No simplemente es una decisión importante, dado que, el autor sostiene que es “un caso que ha tenido consecuencias conceptuales profundas y duraderas en la configuración de una o varias líneas jurisprudenciales. Para referirnos a este tipo de fallos hablaremos a lo largo de este libro de sentencias hito” (López Medina, 2006, p. 23).

No obstante, estas sentencias hito derivan en la siguiente clasificación: i) sentencia fundadora de línea; ii) sentencia consolidadora de línea; iii) sentencia modificadora de línea; iv) sentencia reconceptualizadora de línea y, por último, v) sentencia dominante.

i) Sentencia hito fundadora de línea:

Se sostiene que estas sentencias aprovechan:

Sus primeras sentencias de tutela o de constitucionalidad para hacer enérgicas y muy amplias interpretaciones de derechos (u otros institutos) constitucionales. Son sentencias a menudo muy ambiciosas en materia doctrinaria y, en las que se hacen grandes recuentos históricos y comparados

(a falta de experiencia jurisprudencial local) de los principios y reglas relacionados con el tema bajo estudio (López Medina, 2006, p. 164).

ii) **Sentencia hito consolidadora de línea:**

Estas sentencias “son aquéllas en las que la Corte trata de definir con autoridad una subregla de derecho constitucional y en la que usualmente se decanta un balance constitucional más complejo que el que en un comienzo fue planteado por las sentencias fundadoras de línea” (López Medina, 2006, p. 164). Asimismo, es enfático en destacar que “la Corte tiene un conocimiento más completo de los intereses en juego y, por tanto, trata de llegar a optimizaciones o maximizaciones de dichos derechos contrapuestos” (López Medina, 2006, pp. 164-165).

iii) **Sentencia hito modificadora de línea:**

El autor no profundiza demasiado en estas sentencias, pero sí señala que son “aquellas sentencias hito que realizan cambios fuertes de jurisprudencia dentro de la línea” (López Medina, 2006, p. 165). En otras palabras, este tipo de sentencias son aquellas que realizan un cambio de jurisprudencia.

iv) **Sentencia reconceptualizadora de línea:**

Por su parte, en estas sentencias hito la “Corte revisa una línea jurisprudencial en su conjunto y la afirma, aunque introduce una nueva teoría o interpretación que explica mejor, a los ojos de la Corte, el sentido general que ha mantenido la línea a lo largo del tiempo” (López Medina, 2006, p. 166). Básicamente, este tipo de sentencias realizan una reconstrucción conceptual respecto a la ratio decidendi de los fallos previos, pese a no cambiar o modificar la línea establecida, sí introduce nuevos conceptos o teorías que permiten interpretar en mejor medida dicha línea jurisprudencial.

v) **Sentencia dominante:**

Por último, se encuentra la sentencia dominante dentro de la línea jurisprudencial, “se trata de aquella sentencia que, según el analista, contiene los criterios vigentes y dominantes, por medio de los cuales la Corte Constitucional resuelve un conflicto

de intereses dentro de determinado escenario constitucional” (López Medina, 2006, p. 164).

En resumen, las sentencias hito, sin importar su clase son fallos usualmente relevantes y tienen una amplia importancia estructural en las líneas jurisprudenciales. Cabe aclarar que, conforme al autor, “las sentencias SU no son, a priori, estructuralmente más importantes que las sentencias normales de revisión (T-)dentro de la línea. El peso estructural de la sentencia dentro de la línea tiene que ser apreciado en concreto por el investigador” (López Medina, 2006, pp. 165-166).

Conviene subrayar que en toda línea jurisprudencial únicamente no hay sentencias hito o sentencias importantes, dado que, se encuentran sentencias denominadas no importantes. Es fundamental apuntar que la “importancia o no importancia de una sentencia sigue siendo un asunto interpretativo y, que esta pregunta solo se responde desde el problema jurídico concreto y los propósitos del analista jurisprudencial” (López Medina, 2006, p. 166).

Teniendo en cuenta la existencia de las sentencias no importantes, resulta crucial señalar que conforme al autor estas se clasifican en:

i) **Sentencias meramente confirmadoras de línea:**

Estas sentencias también son denominadas por la Corte como sentencias de reiteración, “son aquellas que se ven así mismas como puras y simples aplicaciones a un caso nuevo del principio o ratio, contenido en una sentencia anterior” (López Medina, 2006, pp. 166-167).

ii) **Sentencias argumentativamente confusas o inconcluyentes:**

“Son aquellas que pierden parte de su poder precedencial debido a la baja calidad de su argumentación o a las dificultades de identificación de la ratio decidendi que presentan” (López Medina, 2006, p. 167).

iii) **Sentencias en exceso abstractas, con numerosos obiter dicta y poca relación con los hechos del escenario constitucional:**

Estas sentencias en exceso abstractas están “plagadas de obiter dicta y que no terminan por hacer relación concreta con el escenario constitucional que buscaban resolver” (López Medina, 2006, p. 167).

Considerando que en Colombia existe una jurisprudencia voluminosa y la forma de sistematizar la jurisprudencia es mediante descriptores generales de derechos como “objeción de conciencia”, en lugar de hechos o derechos específicos como “objeción de conciencia en contextos de servicio militar”, resulta una labor titánica para jueces, abogados o estudiantes revisar el gran conglomerado (número) de sentencias emitidas respecto al tema que estén tratando.

De ahí que, el autor proponga unas técnicas para permitirse identificar de forma más rápida las sentencias hito y demás, dentro de la línea jurisprudencial, que comparten un patrón fáctico. Entre sus técnicas se encuentran:

i) **El punto arquimédico de apoyo:**

Es el primer paso y su “propósito fundamental será el de ayudar en la identificación de las “sentencias-hito” de la línea y en su sistematización en un gráfico de línea” (López Medina, 2006, p. 168). De igual modo, esta sentencia debe ser lo más reciente posible y en sus hechos relevantes debe tener “el mismo patrón fáctico (o, al menos, el más cercano posible) con relación al caso sometido a investigación” (López Medina, 2006, p. 167).

ii) **Ingeniería inversa:**

Tras tener la sentencia que cumple con los requisitos del punto arquimédico, se debe proceder con la ingeniería inversa que consiste “en el estudio de la estructura de citas del punto arquimédico” (López Medina, 2006, p. 170). En ese sentido, el autor denomina ingeniería inversa al sistematizar un conjunto de sentencias vinculadas o analogizables a nuestro tema de investigación o problema jurídico.

En otras palabras, la sentencia reciente y adecuada al patrón fáctico bajo estudio debe continuar con la disciplina de precedentes de la Corte Constitucional, es decir, la sentencia debe presentar citaciones internas que son analogizables a dicha sentencia, mediante la identificación de dichas citaciones y su posterior análisis el

investigador debe realizar una lista y de allí debe formarse el nicho citacional, o sea, una serie de sentencias citadas, de dichas sentencias se puede proceder a un segundo nivel al estudiar las sentencias que se citan, así podría seguir sucesivamente hasta que se encuentren las sentencias que sobresalen por el número de veces que son citadas en la línea. Tras estudiar dichas sentencias, habrá una que sus hechos están alineados a nuestro tema de investigación, de ahí se podrán extraer citas y encontrar las sentencias hito fundacionales, modificadoras, entre otras.

iii) **La telaraña y los puntos nodales de jurisprudencia:**

Así mismo, del nicho citacional generado por la ingeniería inversa se procede a construir una especie de red en la que aparecen ciertos fallos que han sido citados de forma reiterada. Estos fallos recurrentes son los que López Medina denomina “puntos nodales” de jurisprudencia. Considerando la graficación, el resultado se puede asemejar a una telaraña citacional, donde los puntos nodales aparecen en el centro.

A manera de resumen de esta triada metodológica se expone en la Tabla 3:

Tabla 3 Triada metodológica.

Técnica	Función
Punto arquimédico de apoyo	Definir la sentencia más reciente y relevante del tema bajo estudio o problema jurídico.
Ingeniería inversa	Detectar la red de influencias jurisprudenciales derivadas.
Telaraña y puntos nodales	Identificar los fallos centrales que estructuran la línea jurisprudencial.

Nota: Elaboración propia

12.2. Análisis jurisprudencial

12.2.1. Sentencia C-239 de 1997

En la sentencia liderada por el magistrado ponente Carlos Gaviria Díaz, se analizó demanda de constitucionalidad, en la cual se pretendía disputar la legitimidad del

tipo penal “homicidio por piedad”¹. Dicha demanda argumentaba que el tipo vulneraba los derechos fundamentales de la vida (C. P., 1991, art. 1) y la igualdad (C. P., 1991, art. 13), considerando que la pena prevista en el Código Penal vigente al momento de la demanda, era excesivamente leve, lo cual podría generar una interpretación errónea de autorización para matar.

Frente a esto, la Corte precisó que dicha figura delictiva, en su formulación, solo se aplicaba en dos circunstancias específicas, la primera de ellas, cuando la víctima era incapaz de acabar con su vida debido a sus condiciones físicas o al temor, por lo cual solicitaba a otra persona, generalmente un familiar o amigo, que le diera muerte; y, la segunda, cuando la víctima, aquejada de sufrimientos intensos, entonces aceptaba la propuesta de un tercero de poner fin a su vida, motivada por la desesperación.

En consecuencia, la Corte reafirmó el carácter protector que presenta el Estado y por tanto la necesidad que presentaba el aplicar un derecho penal basado en el acto², en el que la pena debe ser proporcional a la culpabilidad del sujeto. De este modo recalco que, el homicidio por piedad³ debería recibir una sanción más leve comparada con otros tipos de homicidio, dado que el acto se realizaba con un móvil altruista y solidario. Así, la Corte fundamento la declaratoria de exequibilidad de este tipo penal, introduciendo un nuevo y revolucionario circunstancia eximente de culpabilidad.

En este sentido, la Corte señaló que, a pesar de que la vida es un derecho fundamental y un bien jurídicamente tutelado, no es un bien "sagrado" en todas las

¹ “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” (Código Penal, 1980, art. 326)

² El derecho penal del acto es uno de los criterios básicos para la imposición de la pena, de tal manera que a su autor se le impone una sanción, mayor o menor, atendiendo a la entidad del juicio de exigibilidad, es decir, que la pena debe ser proporcional al grado de culpabilidad (dolo, culpa y preterintención).

³ “Es la acción en la que el sujeto activo considera a la víctima como una persona con igual dignidad y derechos, como un acto de compasión y misericordia, que se encuentra en una situación tal de sufrimiento, por lo cual obra por la motivación específica de poner fin a los intensos padecimientos de otro. Para que se configure dicho tipo es necesario que el sujeto pasivo presente tales dolores derivados de lesión corporal o enfermedad grave o incurable” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997).

circunstancias, especialmente, cuando las condiciones de vida de una persona hacen que su existencia ya no sea deseable ni digna. Este enfoque, en su máxima expresión, abogó por el ejercicio del libre desarrollo de la personalidad⁴ (C.P., 1991, art. 16). Así, la Corte emitió una sentencia condicionada, pronunciándose directamente sobre la concepción del derecho a la muerte digna⁵, alineado con la autonomía (C. P., 1991, art. 16) y la dignidad humana⁶ (C. P., 1991, art. 1) en enfermos terminales. Con esta sentencia, se sentaron las bases del concepto jurídico de eutanasia⁷ en Colombia, aplicable, como una de las dimensiones del derecho morir dignamente, aclarando que el derecho a la vida no se limita a la mera subsistencia, sino que implica vivir de manera adecuada y en condiciones dignas, conforme a la autonomía de cada individuo.

Para lo cual, la Corte estableció que, bajo ciertas condiciones, la acción de "homicidio por piedad" no configuraría un delito, eximiendo de responsabilidad penal el actuar cuando se configuraban los siguientes requisitos:

1. El sujeto, debía estar diagnosticado con una enfermedad terminal, verificada por profesionales médicos.
2. El solicitante debía expresar de manera clara e inequívoca su deseo de morir, lo cual debía constar en un consentimiento informado, validado por un profesional competente.

⁴La libertad general, que, en aras de su plena realización humana, tiene toda persona para actuar o no actuar según su arbitrio, es decir, para adoptar la forma y desarrollo de vida que más se ajuste a sus ideas, sentimientos, tendencias y aspiraciones, sin más restricciones que las que imponen los derechos ajenos y el ordenamiento jurídico (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-494, 1993).

⁵ La Corte Constitucional estableció que las personas que padecían enfermedades terminales, generadoras de sufrimientos físicos y psicológicos insoportables e incompatibles con su dignidad humana, podían solicitar asistencia médica para morir. En estos casos, el Estado no podía oponerse a tal decisión mediante prohibiciones o sanciones, ya que se trataba del ejercicio de un derecho fundamental. Es importante señalar que, desde entonces, el derecho a una muerte digna ha experimentado una notable evolución, ampliando su alcance más allá del contexto inicial. Esta evolución será abordada y precisada a lo largo del análisis de las sentencias posteriores.

⁶ *El principio de la dignidad humana atiende necesariamente a la superación de la persona, respetando en todo momento su autonomía e identidad.* (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997)

⁷ El homicidio eutanásico, o eutanasia, es el acto de causar la muerte de una persona con el propósito de aliviar su sufrimiento y permitirle una muerte digna.

3. El sujeto autorizado para intervenir en el proceso era el profesional de la salud, quien sería el encargado de ejecutar la acción solicitada.
4. El procedimiento debía contar con el acompañamiento de un equipo de apoyo educativo, encargado de guiar al paciente y a su entorno en temas relacionados con el valor de la vida, la responsabilidad social, y la autonomía personal.

A través de este enfoque, la Corte subrayó la importancia de analizar cada caso de homicidio por piedad acorde a estos criterios, para que el médico involucrado tuviera una base legal sólida para determinar la antijuridicidad de su conducta, mientras el Congreso cumplía con su rol legislativo sobre el tema.

Sin embargo, esta decisión generó controversia incluso entre los mismos magistrados que participaron en el fallo lo que se evidenció en los salvamentos de voto, en los que, algunos consideraron que la Corte había excedido sus competencias al asumir funciones propias de la rama legislativa y modificar, en última instancia, la Constitución. Estos magistrados sostenían que un tema tan controversial como la eutanasia requería un debate público amplio, especialmente en un país como Colombia, con altas tasas de homicidio, donde la moralidad que sustentaba el tipo penal de "homicidio por piedad" era cuestionada. Argumentaron que el derecho a la vida (C. P., 1991, art. 11) es un principio "sine qua non"⁸, es decir, que no puede ser considerado un derecho de libre disposición. Además, se planteó que otorgar a los enfermos terminales el derecho a decidir sobre su propia muerte podría poner en riesgo el orden jurídico y la autonomía del paciente, al estar su capacidad de decisión viciada por el dolor. También, se cuestionó por qué solo se permitía la práctica en enfermos terminales, sin considerar a otros pacientes cuya dignidad humana pudiera verse afectada, como los menores de edad o aquellos que padecen enfermedades graves, pero no terminales.

⁸ *Referente a la condición sin la cual no, condición indispensable. (Acceso a la Justicia, s. f.).*

En resumen, los magistrados disidentes argumentaron que la Corte debería haberse limitado a determinar si la norma demandada era conforme con la Constitución, y no haber extendido su fallo más allá de ese ámbito.

A pesar de las críticas y los intentos de nulidad de la sentencia, esta marcó un hito en Colombia al despenalizar la eutanasia, estableciendo las bases del derecho a una muerte digna a través de medios efectivos para morir.

12.2.2. Sentencia T-970 de 2014

La señora Julia, tutelante en el presente caso, fue diagnosticada en el año 2008 con una enfermedad terminal, determinada como cáncer de colon. Para el año 2010, la enfermedad había hecho metástasis, lo que requirió intervención quirúrgica y múltiples ciclos de quimioterapia. En el año 2012, el cuadro clínico presentó progresión pulmonar y carcinomatosis abdominal, por lo cual el médico tratante dispuso nuevamente sesiones de quimioterapia. No obstante, la señora Julia manifestó su negativa para continuar con dicho tratamiento, declarando que los efectos secundarios de las mismas le impedían desarrollar sus actividades cotidianas sin asistencia de terceros.

Meses después, la paciente fue hospitalizada producto de una obstrucción intestinal, situación que agravó su dependencia, frente a terceros. Para el año 2013, la señora Julia había perdido 13 kilogramos y el profesional en oncología determinó que el cáncer se encontraba en fase de progresión avanzada, afectando de forma sustancial su estado funcional y su calidad de vida. Frente a eso, el profesional en salud indicó la necesidad de cuidados paliativos.

Frente a este panorama, la señora Julia solicitó al médico tratante la práctica del procedimiento de eutanasia. Sin embargo, el médico respondió de forma verbal que “la eutanasia es un homicidio que no puede consentir” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014). En consecuencia, la señora Julia, amparada en la Sentencia C-239 de 1997, interpuso acción de tutela solicitando el amparo de su derecho a la vida digna (C.P., 1991, art. 11), a la dignidad humana (C.P., 1991, art.

1) y a una muerte digna⁹, con el fin de que se ordenara a su EPS acoger su decisión de no prolongar su sufrimiento mediante la práctica del procedimiento eutanásico, al considerar que su condición era incompatible con su concepto de vida digna.

La EPS demandada contestó manifestando que no había vulnerado derecho fundamental alguno, dado que la accionante no cumplía con los requisitos establecidos para acceder al procedimiento de eutanasia. Por tanto, solicitó que se negara la tutela, indicando que la falta de regulación normativa en la materia impedía a las entidades prestadoras de salud la habilitación del servicio solicitado. Así mismo, solicitó la vinculación del Ministerio de Salud y Protección Social al proceso, por ser el Estado el responsable de dar cumplimiento a la jurisprudencia de la Corte Constitucional y de reglamentar el procedimiento de eutanasia.

La EPS también sostuvo que la negativa del médico tratante respondía al ejercicio legítimo de su derecho a la objeción de conciencia (C.P., 1991, art. 18), cuya obligación principal consistía en brindar información veraz sobre la enfermedad y su pronóstico, sin que ello implicara una valoración del dolor del paciente. Además, expresó dudas sobre la capacidad de la señora Julia para emitir un consentimiento libre e informado al respecto.

Mediante providencia de julio de 2013, el Juzgado Décimo Civil Municipal de Medellín resolvió no tutelar los derechos fundamentales invocados por la accionante, argumentando que no se allegaron los elementos probatorios suficientes por parte de las entidades oficiadas para determinar el estado de salud mental de la señora Julia ni el cumplimiento de los requisitos exigidos para autorizar el procedimiento. Así mismo, exhortó al Congreso de la República a legislar sobre el tema a fin de establecer protocolos claros para los profesionales de la salud.

Ante esta decisión, la señora Julia interpuso recurso de revisión ante la Corte Constitucional, solicitando se determinará si el fallo de primera instancia desconoció

⁹ Derecho reconocido jurisprudencialmente con la categoría de derecho fundamental al encontrar su fundamento en la dignidad humana y la autonomía; por medio de la Sentencia C 239 de 1997, que implica que morir dignamente se relaciona con el derecho a vivir dignamente.

sus derechos fundamentales, considerando su condición terminal. La EPS, por su parte, reiteró que ya existía pronunciamiento del Juzgado sobre los vacíos normativos que impedían el acceso al procedimiento.

En el análisis del caso concreto, la Corte Constitucional concluyó que, tras el fallecimiento de la solicitante durante el proceso derivado de la acción de tutela, se trataba de un evento de daño consumado¹⁰, el cual no se materializó en la muerte de la paciente, sino en el sufrimiento prolongado que experimentó a causa de la negativa del procedimiento eutanásico. La Corte consideró que dicha negativa constituyó una forma de trato cruel, inhumano y degradante (C.P., 1991, art. 12), así como una vulneración a la autonomía (C.P., 1991, art. 16) y dignidad¹¹ de la paciente, al imponerle condiciones de vida que ella consideraba indignas.

Y si bien la acción de tutela pierde objeto cuando la amenaza o vulneración del derecho desaparece, en este caso la Corte consideró que, tratándose de un daño consumado, correspondía emitir órdenes estructurales que previnieran la repetición de situaciones similares. Así, concluyó que no existía justificación para negar el acceso al procedimiento eutanásico, dado que la señora Julia cumplía con los requisitos establecidos por la Sentencia C-239 de 1997, y que la falta de legislación no era razón válida para desconocer su derecho, lo que establece una barrera jurídica evidente, producto del desconocimiento jurisprudencial de la entidad prestadora de salud y el Juzgado designado, al igual que el uso inconstitucional del derecho a objetar conciencia encabezado por el profesional de la salud tratante y avalado por la EPS y juez, los cuales estaban informados del estado de salud de la paciente y su deseo de morir dignamente.

¹⁰ Este evento tiene lugar cuando la amenaza o la vulneración del derecho fundamental han producido el perjuicio que se pretendía evitar con la acción de tutela (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T- 970, 2014)

¹¹ La dignidad humana guarda relación con la “libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle” y con “la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-881, 2002).

En consecuencia, la Corte, mediante Sentencia T-910 de 2014, sentó un precedente al establecer nuevas directrices que garanticen el derecho a morir dignamente, precisando que dicho derecho no se agota en la eutanasia, sino que también comprende el acceso a cuidados paliativos¹² integrales acordes con la concepción de dignidad del paciente.

En este sentido, en estricto seguimiento con la línea jurisprudencial de la Sentencia C-239 de 1997, la Corte reiteró que para la procedencia del procedimiento eutanásico deben cumplirse dos condiciones:

1. **Enfermedad terminal con sufrimiento intenso:** El paciente debe padecer una enfermedad diagnosticada por un especialista como terminal, la cual cause un sufrimiento físico o psíquico intolerable y la determinación del dolor corresponde al paciente acorde a su voluntad y concepto de dignidad, conforme al criterio de prevalencia de la autonomía¹³.
2. **Consentimiento informado, libre e inequívoco:** En él debe constar que el paciente comprende su situación médica y decide de manera libre, sin presiones externas, interrumpir su proceso vital. Este consentimiento podrá ser manifestado por escrito o de forma verbal, y podrá otorgarse de manera anticipada o posterior al diagnóstico. En caso de que el paciente no pueda manifestar su voluntad, esta podrá ser suplida por su familia.

¹² Son tratamientos médicos que protegen de manera cierta e indiscutible, derechos de protección constitucional. La ortotanasia o cuidados paliativos significa o es equivalente al esfuerzo terapéutico para disminuir al máximo el sufrimiento del paciente por los efectos colaterales de padecer una enfermedad terminal. En efecto, no prolonga innecesariamente la vida, pero tampoco la termina deliberadamente ya que el paciente no lo quiere así. El objetivo es orientar los tratamientos médicos al alivio del dolor. La fórmula es el control de los síntomas y efectos físicos, psicológicos y espirituales del paciente. En estos eventos, la voluntad del paciente prevalece pues es él quien decide si quiere continuar con determinada forma de terapia. (Corte Constitucional, Sentencia T-970 de 2014)

¹³ Los sujetos obligados deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad del paciente. Solo bajo situaciones objetivas e imparciales, se podrá controvertir esa manifestación de la voluntad (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014)

Para garantizar el cumplimiento de estos requisitos, la Corte ordenó al Ministerio de Salud expedir directrices dirigidas a todas las EPS, a fin de conformar Comités Interdisciplinarios que brinden acompañamiento médico, psicológico, legal y social durante las diferentes etapas del proceso. Tales equipos deben garantizar el criterio de imparcialidad¹⁴ y control sobre la ejecución del procedimiento, especialmente en aquellos casos en los que el consentimiento sea sustituido por la familia.

Asimismo, una vez presentado el consentimiento informado, libre e inequívoco, el procedimiento, acorde al criterio de celeridad¹⁵ deberá programarse en un plazo no superior a 15 días desde la ratificación de la decisión, la cual deberá ser confirmada dentro de los 10 días siguientes a la manifestación inicial. En caso tal de que el paciente desista, la entidad prestadora deberá garantizar los cuidados paliativos pertinentes.

Por otra parte, los profesionales de la salud podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia, el cual deberá manifestarse por escrito con una justificación razonada. No obstante, ello no podrá obstruir el acceso al derecho, por lo que la EPS deberá, en un plazo de 24 horas, reasignar otro profesional conforme al criterio de oportunidad¹⁶.

Así, una vez garantizado el derecho a morir dignamente, el Comité Interdisciplinario deberá brindar acompañamiento integral a la familia del paciente, el cual deberá incluir asistencia psicológica, médica, legal y de cualquier otro tipo de apoyo, que resulte necesario. Igualmente, dicho Comité tendrá la obligación de remitir al Ministerio de Salud la documentación correspondiente de cada caso, en la que se

¹⁴ Los profesionales de la salud deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No pueden sobreponer sus posiciones personales, tendrá que reasignarse a otro profesional. (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014)

¹⁵ El derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva al enfermo. Debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen al paciente del goce efectivo del derecho (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014).

¹⁶ Implica que la voluntad del sujeto pasivo sea cumplida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, quiso evitarse (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014)

consignen los hechos y las condiciones en las que se desarrolló el procedimiento eutanásico, con el fin de permitir su verificación y control.

Con este aporte, la Corte resolvió revocar el fallo del Juzgado Décimo Civil Municipal de Medellín, declarar la carencia actual de objeto por daño consumado y ordenar al Ministerio de Salud la implementación de la directriz jurisprudencial, sentando así el primer precedente judicial en Colombia sobre el derecho a la eutanasia.

En cumplimiento de lo solicitado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-970 de 2014, acorde a la competencia designada, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1216 de 2015 “Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad” (párr. 1).

Tal resolución constituyó el primer pronunciamiento de carácter normativo en Colombia, el cual estructuró los lineamientos para el ejercicio y goce efectivo del derecho fundamental a morir dignamente, recopilando los requisitos previamente definidos por la jurisprudencia constitucional.

12.2.3. Sentencia T-132 de 2016

En sede de revisión, la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, conoció el fallo emitido por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, dentro de la acción de tutela instaurada en contra de Sala Civil – Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Popayán, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Popayán, su EPS tratante, y el Centro Penitenciario y Carcelario de Alta y Mediana Seguridad de Popayán, al considerar vulnerados sus derechos fundamentales de acceso a la administración de justicia (C.P., 1991, art. 229), vida (C.P., 1991, art. 11) salud (C.P., 1991, art. 49), dignidad humana (C.P., 1991, art. 1), libre desarrollo de la personalidad (C.P., 1991, art. 16) e igualdad (C.P., 1991, art. 13).

Dicha acción fue promovida por el señor Janner Martín Muñoz, quien se encontraba recluido, para septiembre de 2015, en el Centro Penitenciario y Carcelario de Alta y

Mediana Seguridad de Popayán. El accionante, manifestó que durante su reclusión había sido diagnosticado con diversas patologías, tales como enfermedad diverticular, varicocele bilateral, prostatitis crónica y pérdida de audición en el oído izquierdo.

Debido a lo anterior, solicito al Juzgado Segundo Civil del Circuito de Popayán la tutela de sus derechos fundamentales a la salud y a la seguridad social, juzgado el cual tuteló y ordenó a la EPS accionada la programación de la cita preanestésica y la práctica del procedimiento varicocelectomía, garantizando el tratamiento integral correspondiente. Pese a ello la entidad accionada incurrió en desacato. En consecuencia, impusieron una sanción en contra de esta.

Sin embargo, el actor estimó que el juzgado no adoptó las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento efectivo de la orden y, por tanto, solicitó el reconocimiento del derecho a morir dignamente mediante la práctica del procedimiento eutanásico.

Frente a tales afirmaciones el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Popayán solicitó declarar la improcedencia de la nueva solicitud, argumentando que los derechos ya habían sido protegidos por medio del fallo y al imponer sanciones por el desacato, las cuales detuvo producto de la práctica de la cirugía solicitada, según lo informado por el solicitante.

Por su parte, el director del Centro Penitenciario y Carcelario de Alta y Mediana Seguridad de Popayán alegó que la prestación de servicios de salud no hacía parte de sus funciones, postura que fue reiterada por el INPEC, añadiendo que el accionante no cumplía con los requisitos para acceder a la eutanasia. La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, a su vez, solicitó ser desvinculada al carecer de competencia para supervisar la atención en salud suministrada por la EPS tratante.

En este sentido, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, negó el amparo de los derechos fundamentales invocados, al considerar que se configuraba una carencia actual de objeto por hecho superado, ya que la cirugía solicitada había

sido practicada, y adicionalmente, porque el accionante no acreditaba el padecimiento de una enfermedad terminal que habilitara la solicitud de eutanasia.

Por esto, la Sala estableció que aunque el señor recibió servicios médicos frente al diagnóstico de varicocele bilateral, no había certeza sobre la atención médica para las demás enfermedades, por lo cual la Sala se planteó como problema determinar si la EPS tratante vulneró los derechos fundamentales a la salud y dignidad humana de Janner Muñoz Solarte, al no tomar las medidas pertinentes para materializar la prestación de los servicios médicos requeridos con el fin de restablecer sus condiciones de salud.

En tal análisis determinó que no había presencia de carencia actual del objeto por hecho superado ya que el demandante presentaba varias patologías, de las cuales solo se le había dado tratamiento a una sola de ellas, por lo que la vulneración de sus derechos no había cesado al no presentar un tratamiento integral de todas las patologías que lo aquejaban.

Acorde a esto, la Corte centro su pronunciamiento en el derecho a la salud reiterando su carácter indispensable, con el compromiso del Estado de garantizarlo, protegerlo y respetarlo. Este incluye la posibilidad de contar con un diagnóstico efectivo que es la consecuencia de valorar oportunamente al paciente, determinar la patología que padece y establecer un procedimiento médico para lograr el restablecimiento de la salud. Hay que resaltar que un diagnóstico se vulnera acorde a los conceptos de la Corte, cuando la “entidad prestadora de servicios o sus profesionales se rehúsan o demoran la determinación del diagnóstico y la prescripción de un tratamiento para superar una enfermedad” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-132, 2016).

En especial, la Corte señaló que el derecho en mención, cuando versaba sobre la población reclusa era un derecho que no podía ser limitado, ni suspendido por presentar una relación inherente con la dignidad humana, debido a lo cual, dada la especial situación de indefensión y vulnerabilidad en la que se encuentran, lo que les impide satisfacer por sí solos estos derecho, el Estado adquiere la principal

obligación de brindarle las garantías necesarias para el efectivo ejercicio del derecho, por medio de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del régimen subsidiado de orden nacional.

En esta misma línea y de acuerdo con lo solicitado por el accionante, la Corte recalco que el derecho a morir dignamente es un derecho de especial configuración, requiriendo que se establezcan para la aplicación del procedimiento eutanásico los tres requisitos por la Corte: i.) padecer una enfermedad terminal, ii.) que exista el consentimiento libre, informado e inequívoco por parte del solicitante, y iii.) que el procedimiento sea realizado por un profesional en medicina.

Así la situación, acorde a los hechos fundamentados y las apreciaciones realizadas por la Corte, la misma determinó que para el caso en concreto el paciente se demuestra bajo pruebas documentales el padecimiento de diferentes patologías diferentes a la tratada y fallada por la Sala de Casación Civil, demostrando la falta de procedimiento específico, y por tanto, la falta del restablecimiento de sus condiciones a la salud, lo que hacía evidente la vulneración al derecho a la salud del tutelante. Así mismo, la Sala evidenció que no se configuraban las condiciones jurídicas ni médicas para acceder a la muerte digna por medio de eutanasia.

En mérito de lo expuesto, la Sala resolvió revocar la Sentencia emitida por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia y conceder la tutela interpuesta, ordenando a la EPS accionada realizar en un término de cuarenta y ocho (48) horas, una valoración médica integral que comprendiera la totalidad de sus dolencias.

12.2.4. Sentencia C-327 de 2016

En ejercicio del derecho de participación ciudadana consagrado en el artículo 40, numeral 6°, de la Constitución Política, los ciudadanos Alexander López Quiroz y Marco Fidel Martínez Gaviria presentaron una demanda parcial de inconstitucionalidad ante la Corte Constitucional ya que estaban en contra el artículo 90 del Código Civil (Ley 84 de 1873), cuyo texto establece:

Artículo 90. Existencia legal de las personas. La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre. La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás (Ley 84, art. 90, 1873).

La demanda se dirigió contra la expresión “principia al nacer”, al considerar que vulnera: el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Derecho a la vida), el preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como los artículos 11 (Derecho a la vida) y 93 (Bloque de constitucionalidad) de la Constitución Política de 1991.

Los demandantes argumentaron que dicha expresión desconoce el inicio de la vida desde el momento de la concepción, lo cual permite tratar al concebido como un objeto, negándole dignidad humana, derechos fundamentales, y la obligación del Estado de protegerlo. En consecuencia, sostuvieron que la existencia biológica y la existencia legal de la persona debían entenderse como equivalentes.

Si bien la controversia se centraba en el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), previamente reconocido como constitucional por la Corte en la Sentencia C-355 de 2006, la discusión cobra especial relevancia para el análisis de derechos bioéticos, como la eutanasia, al compartir estos una estrecha relación con el derecho a la vida. En este sentido, la Corte resaltó, en dicha providencia, que:

Si bien el Estado debe adoptar medidas para cumplir con el deber de protección de la vida ... esto no significa que estén justificadas todas las que dicte con dicha finalidad, porque a pesar de su relevancia constitucional la vida no tiene el carácter de un valor o de un derecho absoluto y debe ser ponderada con los otros valores, principios y derechos constitucionales (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-327, 2016).

Esta posición permite reforzar el reconocimiento del derecho a morir dignamente, en el marco de una interpretación sistemática de las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014. Aunque la vida humana posee un altísimo valor constitucional, no puede considerarse un derecho absoluto, ya que su protección debe evaluarse frente a otros derechos fundamentales, aplicando los principios de razonabilidad y proporcionalidad.

El principio de razonabilidad, de acuerdo con el Centro de Información Jurídica en Línea de Costa Rica, en el texto titulado “Principios constitucionales de razonabilidad y proporcionalidad” (Centro de ética judicial, s.f.), se constituye un parámetro de constitucionalidad que exige que toda restricción de derechos se fundamente en razones legales, sea necesaria y afecte lo menos posible. Este principio se estructura en tres elementos:

1. **Elemento de necesidad:** Para dicho elemento se debe entender que su configuración requiere que la medida debe responder a una necesidad concreta de protección de un derecho, siendo indispensable para tal fin.
2. **Elemento de idoneidad:** Con la idoneidad se debe demostrar que la restricción impuesta debe ser útil y eficaz para alcanzar el objetivo de protección.
3. **Elemento de proporcionalidad:** Se debe garantizar que los beneficios de la medida superen los perjuicios que implique la restricción del derecho.

A su vez, el principio de proporcionalidad, tal como lo desarrolla Perelló Doménech en su obra “Principio de proporcionalidad y la jurisprudencia constitucional”, también incluye estos tres elementos, los cuales deben cumplirse de forma sucesiva:

- **Elemento de idoneidad:** Este elemento establece que, para verificar la idoneidad de una medida restrictiva de un derecho es necesario determinar si se adecua para lograr el fin propuesto (Perello Domenech, 1997, p. 70).

- **Elemento de necesidad:** Tal elemento se configura con el análisis de la aplicabilidad del derecho, para constatar si no existe una alternativa menos lesiva; lo que implica una ardua examinación ante la falta de otros instrumentos aplicables (Perello Domenech, 1997, p. 70).
- **Elemento Proporcionalidad en sentido estricto:** En él, se exige evaluar si el sacrificio del otro bien o derecho de carácter constitucional resulta razonable frente al beneficio obtenido (Perello Domenech, 1997, p. 70).

Con base en estos principios que se manifiestan con una estructura similar, la Corte reiteró lo establecido en la Sentencia C-239 de 1997, en la cual se afirmó que:

(i) si el respeto a la dignidad humana irradia todo el ordenamiento jurídico, es claro que la vida no puede verse simplemente como algo sagrado, hasta el punto de desconocer la situación real en la que se encuentra el individuo y su posición frente al valor de la vida para sí (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239, 1997, p. 4).

Lo anterior refuerza la concepción de que el derecho a la vida debe ser compatible con los derechos a la dignidad humana (C.P., 1991, art. 1) y al libre desarrollo de la personalidad (C.P., 1991, art. 16). En consecuencia, cuando es el propio titular del derecho quien solicita su limitación, sin afectar a terceros, no puede el Estado prolongar su sufrimiento o imponerle condiciones que considere dignas para su proyecto de vida.

En este sentido, la Corte Constitucional reiteró que el derecho a morir dignamente es autónomo e independiente, aunque guarda una estrecha conexión con los derechos a la dignidad, la autonomía y la vida. Así se expresó en la Sentencia T-970 de 2014:

El derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos ... 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 (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014)

Esta postura fortalece la noción de que los derechos bioéticos, como la eutanasia o la IVE, se configuran de manera excepcional, exigiendo el cumplimiento de requisitos específicos que permiten su armonización con el derecho a la vida y evitan su vulneración.

Debido a lo anterior, la Corte concluyó que la expresión “principia al nacer” debía ser declarada exequible, en tanto se ajusta a una interpretación evolutiva del derecho a la vida dentro del bloque de constitucionalidad, el cual procura de una mayor protección de los derechos fundamentales, en especial cuando confluyen otros principios superiores como la dignidad humana y la autonomía individual.

12.2.5. Sentencia T-322 de 2017

En mayo de 2015, ante la Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, y conforme a lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991, se presentó la acción de tutela interpuesta verbalmente por el señor Reinaldo Anacona Gómez, de 91 años, quien alegó la vulneración de su derecho fundamental a morir dignamente (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-322, 2017). La solicitud fue dirigida contra el Hospital Universitario San José de Popayán y la Entidad Promotora de Salud (EPS) responsable de su atención, fundándose en los siguientes hechos:

En julio de 2015, el accionante acudió al Hospital Universitario San José de Popayán con el fin de solicitar la práctica del procedimiento de eutanasia. En aquella ocasión fue evaluado por un médico general y un profesional en psiquiatría, el cual negó la viabilidad del procedimiento solicitado, argumentando que el señor Anacona no gozaba de una salud mental adecuada para emitir un consentimiento válido para tal procedimiento.

Ante esta negativa, el accionante acudió al Juzgado Tercero Penal del Circuito de Popayán, manifestando su pretensión de acceder al derecho a morir dignamente se

basaba en la imposibilidad de movilizarse adecuadamente, su avanzada edad, y el hecho de encontrarse solo, sin familiares que velaran por su cuidado y bienestar.

La EPS demandada, a través de apoderado judicial, respondió argumentando que no contaba con el conocimiento científico ni jurídico para autorizar un procedimiento eutanásico, dado que, a su juicio, la solicitud se fundamentaba en un contexto de abandono social y no en criterios médicos establecidos para el acceso al derecho a morir dignamente.

Por su parte, el Hospital Universitario San José de Popayán agregó que la solicitud era improcedente, en tanto el derecho a morir dignamente se encuentra condicionado al cumplimiento de estrictas formalidades, conforme a lo establecido en la Sentencia C-239 de 1997, la Sentencia T-970 de 2014, y la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud. Lo cual, a juicio del equipo médico tratante, y en particular del psiquiatra, dichos requisitos no se encontraban configurados, toda vez que el paciente no padecía una enfermedad terminal conforme a su historia clínica.

En el curso de la actuación, el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Popayán dio traslado de la tutela a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente, solicitando su intervención para emitir conceptos que pudieran ilustrar o enriquecer la motivación de la decisión.

En su informe, la Superintendencia Nacional de Salud enfatizó que las EPS, como responsables de garantizar el acceso efectivo al sistema de salud, tienen la obligación de prestar servicios de manera clara, oportuna y eficiente. Esto incluye el deber de proteger y garantizar el acceso al derecho a morir dignamente, como manifestación del derecho fundamental a la salud.

De manera especialmente relevante, la Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente recordó que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS], la vida no debe entenderse únicamente desde una perspectiva física, sino también desde las dimensiones psicológica y social. Por ello, el sufrimiento moral o psíquico constituye una fuente legítima para considerar el acceso al derecho a morir dignamente, en el

marco del libre desarrollo de la personalidad (C.P., 1991, art. 16) y la dignidad humana (C.P., 1991, art. 1), cuando se configura una vida que resulte intolerable para el titular del derecho.

Si bien en el caso concreto no se acreditaron los requisitos establecidos por la normativa vigente, lo cierto es que la situación expuesta pone de manifiesto una problemática estructural en Colombia, debido a que la salud mental no ha sido abordada con la misma especificidad y rigurosidad que la salud física, lo cual plantea un desafío frente a la efectiva garantía del derecho a morir dignamente en contextos de sufrimiento psicológico o psiquiátrico extremo.

Analizadas las pruebas, los conceptos allegados y la normativa aplicable, el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Popayán decidió negar el amparo solicitado, considerando que el señor Anacona Gómez no padecía una enfermedad grave o terminal que permitiera acceder al procedimiento de eutanasia, conforme a los requisitos legal y jurisprudencialmente establecidos.

No obstante, en atención a que la acción de tutela involucraba el derecho a una vida digna de un sujeto de especial protección constitucional¹⁷ (por tratarse de un adulto mayor, con diagnóstico de depresión, en situación de abandono) la Corte Constitucional enfatizó en el deber del Estado de garantizar una vida compatible con el proyecto individual de cada persona, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad.

En este sentido, la Corte reiteró que, en los casos en que se solicite el acceso al derecho a morir dignamente, los jueces constitucionales deben ejercer un deber estricto de constatación fáctica, lo cual implica verificar las condiciones reales del solicitante, su capacidad para manifestar su voluntad y el contexto que rodea su

¹⁷ Los adultos mayores, marcan el extremo superior de la fuerza viva de la sociedad, han participado de su construcción y la han puesto en el estado en el que la encuentran quienes hoy la lideran. Por eso, la etapa final de su vida entraña la condición dual en la que la sabiduría se incrementa al tiempo que generalmente su biología se hace frágil. En esas condiciones, la sociedad en su conjunto, la familia como núcleo social y el Estado como expresión de ella, debe movilizarse para brindar apoyo, salud, y bienestar a ese adulto mayor que la reclama (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-322, 2017).

decisión. Dicha evaluación debe permitir distinguir entre situaciones dramáticas (como enfermedades o condiciones de abandono susceptibles de ser superadas) y aquellas realmente trágicas, en las que la continuidad de la vida puede resultar incompatible con la dignidad humana.

Asimismo, la Corte recordó que, conforme a los principios de solidaridad y reciprocidad familiar¹⁸, esta cumple un papel esencial como fuente de apoyo, contención emocional y garantía de cuidado, especialmente frente a personas en situación de vulnerabilidad.

En virtud de lo anterior, y tras realizar un riguroso análisis de la historia clínica y del entorno personal del accionante (que incluyó entrevistas y visitas realizadas por funcionarios de la Corte al señor Anacona y a sus allegados), se concluyó que, aunque el solicitante había acudido a la tutela con la intención desesperada de acceder al derecho a morir dignamente, lo que realmente requería era la garantía efectiva de su derecho a una vida digna.

Para el año 2017, fecha en que se revisó la acción de tutela, el señor Anacona Gómez ya contaba con una red de apoyo familiar e institucional que le ofrecía condiciones materiales y afectivas adecuadas para el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales, lo que a voz propia del tutelante ya no requería de la protección al derecho inicialmente solicitado.

En consecuencia, la Corte Constitucional decidió confirmar parcialmente la decisión del Juzgado Tercero Penal del Circuito de Popayán, negando el amparo respecto de la solicitud de eutanasia por no cumplirse los requisitos exigidos para acceder a dicho procedimiento. Sin embargo, concedió el amparo al derecho a una vida digna,

¹⁸ Estos principios son deberes impuestos a quienes por vínculo familiar se encuentran unidos por diferentes lazos de afecto y se espera que de manera espontánea lleven a cabo actuaciones que contribuyan al apoyo, cuidado y desarrollo de aquellos familiares que debido a su estado de necesidad o debilidad requieran. protección especial. De esta forma, los miembros de la familia son los primeros llamados a prestar la asistencia requerida a sus integrantes más cercanos, pues es el entorno social y afectivo idóneo en el cual encuentra el cuidado y el auxilio necesario (Corte Constitucional, Sentencia C-451, 2016).

como mecanismo idóneo para la protección efectiva de los derechos fundamentales del accionante.

12.2.6. Sentencia T-423 de 2017

Sofía, residente del departamento de Arauca y paciente oncológica de 24 años, fue diagnosticada en febrero de 2016 con cáncer en fase terminal. Producto de esta condición, se le practicaron múltiples sesiones de quimioterapia en un hospital ubicado en la ciudad de Bogotá, sin obtener resultados favorables, por lo que llegó a desarrollar más de diez tumores en distintas partes de su cuerpo.

Debido a la ineficacia del tratamiento y los efectos adversos que le impedían desenvolverse en sus actividades cotidianas sin ayuda de terceros, Sofía decidió suspender voluntariamente las sesiones de quimioterapia siendo remitida nuevamente a su departamento de residencia, donde había recibido atención médica con anterioridad, específicamente en el Hospital San Vicente. Allí, formuló verbalmente ante su médico internista la solicitud de acceso al procedimiento de eutanasia, el cual fue negado de manera inmediata basado en el argumento de desarrollo de vínculos del médico tratante con la paciente (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-423, 2017).

Posteriormente, Sofia elevó su solicitud de forma escrita, recibiendo como respuesta que el hospital no estaba obligado a practicar dicho procedimiento, aduciendo la falta de un médico oncólogo requerido para conformar el Comité Interdisciplinario, conforme a lo establecido en el artículo 5¹⁹ de la Resolución 1216 de 2015. Dicha

¹⁹ Organización de los comités científico-interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad. <Resolución derogada por el artículo 36 de la Resolución 971 de 2021> Las Instituciones Prestadoras de Salud, (IPS) que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica o el servicio de atención institucional de paciente crónico o el servicio de atención domiciliaria para paciente crónico, que cuenten con los respectivos protocolos de manejo para el cuidado paliativo, conformarán al interior de cada entidad un Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, en adelante el Comité, en los términos previstos en la presente resolución.

Parágrafo. La IPS que no tenga tales servicios deberá, de forma inmediata, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad Promotora de Salud, (EPS) a la cual está afiliada la persona que solicite el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, con el propósito de que coordine todo lo relacionado en aras de garantizar tal derecho.

institución tampoco cumplió con su deber de informar a la Entidad Promotora de Salud (EPS) correspondiente, contraviniendo el mismo precepto normativo.

Ante esta situación, la señora Adriana, madre y agente oficiosa de Sofía, interpuso en octubre de 2016, por medio de apoderado judicial, acción de tutela ante el Juzgado Segundo Administrativo Oral del Circuito de Arauca contra el Hospital San Vicente y la EPS a la cual se encontraba afiliada la paciente. En su escrito solicitó los siguientes elementos: la práctica del procedimiento de eutanasia, la conformación de un Comité Interdisciplinario en un plazo no superior a un mes y la adopción de guías y protocolos para los hospitales del departamento como garantía de no repetición.

Las entidades accionadas se opusieron a las pretensiones, argumentando la imposibilidad de adelantar el procedimiento al no contar con la historia clínica completa de la paciente, lo cual, según ellas, no implicaba la vulneración de sus derechos.

No obstante, en el trámite se logró acreditar, mediante pruebas testimoniales y documentales, que Sofía cumplía con todos los requisitos legales y jurisprudenciales para acceder al procedimiento. Del mismo modo, el juzgado concluyó que no existía prueba de una negativa expresa por parte de la EPS, pero ordenó coordinar entre las partes (hospital, EPS, paciente y médico tratante) la recopilación y entrega de la historia clínica al Comité Interdisciplinario que fuera designado. Asimismo, reconoció el derecho fundamental a morir dignamente y dispuso que, de no contar la paciente con la capacidad de movilizarse, se debía garantizar su traslado con todos los gastos cubiertos y el acompañamiento psicológico, médico y social antes, durante y después del procedimiento. Y que, de no ser viable su traslado, el procedimiento debía organizarse en el departamento de Arauca.

Pese al mandato judicial, la EPS informó a la madre de Sofía que el procedimiento solo se llevaría a cabo en Bogotá o Bucaramanga, aduciendo que el fallo no les obligaba a ejecutarlo en el departamento de Arauca y que los profesionales

presentes en la institución objetaban conciencia frente a dicho procedimiento. Presentada esta situación, Sofía y su madre rechazaron tal decisión, fundamentada en las recomendaciones médicas sobre la imposibilidad de trasladarla, dada su condición clínica y su deseo expreso de morir en el departamento de su domicilio, rodeada de sus seres queridos.

Ante la negativa de la EPS, se presentó incidente de desacato y se solicitó la intervención de la Defensoría del Pueblo, mediante la cual se logró un acuerdo para practicar el procedimiento en Arauca. Sin embargo, dicho acuerdo fue incumplido y no se proporcionaron los medios ni los profesionales para el acceso al derecho.

Finalmente, en enero de 2017, luego de días de intenso dolor físico y progresiva deformación corporal, Sofía y su madre aceptaron realizar el procedimiento en Bucaramanga, el cual fue llevado a cabo tras varios días de su llegada a esa ciudad, resultado de la falta de organización y coordinación de la EPS con el Hospital, lo que se evidenció en la historia clínica de la paciente en la cual no había solicitud formal del procedimiento requerido.

Durante este proceso, la madre de Sofía manifestó que el derecho fundamental a morir dignamente había sido vulnerado, toda vez que su hija no pudo contar con el acompañamiento de su familia ni con las condiciones de dignidad necesarias, lo que conllevó a tratos crueles e inhumanos (C.P., 1991, art. 12). Adicionalmente, señaló que ni la EPS ni el Comité prestaron el apoyo psicológico requerido, situación que derivó en graves afectaciones a largo plazo para su entorno familiar, tales como episodios de depresión, ansiedad, tendencias suicidas y adicciones.

Con base en lo anterior, la Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión de tutelas, asumió la revisión del caso, con el objetivo de determinar si se configuró la vulneración de los derechos fundamentales a la salud (C.P., 1991, art. 49) y a morir dignamente, en razón de los obstáculos administrativos impuestos por las entidades prestadoras del servicio de salud, la falta de cumplimiento de la normativa vigente y la ausencia de vigilancia por parte de los organismos estatales competentes, como el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Posterior al análisis de estos hechos, la Corte concluyó que, la EPS accionada incumplió la sentencia judicial, alegando imposibilidad para conformar el Comité Interdisciplinario y la asignación de un profesional que no objetara conciencia en el procedimiento eutanásico, a pesar de tener conocimiento del estado terminal de la paciente. Además, se demostró que la misma no entregó la historia clínica ni la solicitud, lo cual impidió que la Clínica Foscal, encargada del procedimiento, pudiera actuar debidamente. Lo que se evidenció incluso cuando la EPS llegó a manifestar que la paciente falleció por causas naturales, evidenciando un actuar negligente e improvisado.

Así mismo, la Corte determinó que el Ministerio de Salud y Protección Social, en su rol de comité interno de seguimiento, no garantizó desde el inicio que el procedimiento se realizará conforme a la normatividad vigente, facilitando así el aumento de las barreras administrativas que causaron un daño evidente por la deficiente prestación del servicio.

En consecuencia, y ante la configuración de un estado de carencia actual de objeto por daño consumado, pues si bien se accedió formalmente al derecho a morir dignamente, no se hizo bajo las condiciones adecuadas, la Corte resolvió confirmar el fallo de tutela, amparando el derecho a la muerte digna y ordenando lo a la EPS accionada, abstenerse de imponer barreras administrativas en casos similares y realizar un acto público de desagravio en el que se ofrecieran disculpas a la familia de Sofía por las afectaciones sufridas, en un plazo no mayor a veinte (20) días, en el que deberían asistir también las directivas de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Además de otorgar la asistencia médica y psicológica integral a la familia de Sofía para atender las secuelas ocasionadas por el incumplimiento de sus derechos, en un término máximo de cuarenta y ocho (48) horas.

Del mismo modo ordenó al Hospital San Vicente de Arauca que adecuara su infraestructura y dispusiera del personal médico idóneo para garantizar el derecho a morir dignamente.

De la misma forma, se exigió a la Superintendencia Nacional de Salud, establecer mecanismos efectivos para verificar que las instituciones prestadoras de servicios de salud contaran con las condiciones necesarias para la práctica de la eutanasia, en un plazo no superior a cuatro (4) meses.

En especial dispuso al Ministerio de Salud y Protección Social, asegurar el cumplimiento integral de la Resolución 1216 de 2015, implementando un sistema de seguimiento a los casos de eutanasia desde la solicitud hasta su ejecución, y coordinar con las EPS e IPS la elaboración y difusión de una carta de derechos que informara a los pacientes sobre el derecho a morir dignamente, en un plazo máximo de cuarenta (40) días.

Finalmente, se exhortó nuevamente al Congreso de la República para que legisle de manera integral sobre la materia, dada la persistente inobservancia de los fallos judiciales y la ineficacia normativa.

Se analiza que el cumplimiento por parte del Ministerio de Salud respecto a las órdenes judiciales es tardío y parcial, para el caso en concreto dicha orden sólo se materializó hasta el año 2021 con la expedición de la Resolución 971 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) por medio de la cual se regula el procedimiento de recepción, trámite y seguimiento de solicitudes de eutanasia, y se establece las directrices para el funcionamiento del Comité Interdisciplinario. No obstante, se pudo evidenciar tras la búsqueda web que la obligación de las EPS de entregar una carta de derechos a los pacientes sigue presentando falencias en varias entidades.

12.2.7. Sentencia T-544 de 2017

En ejercicio del derecho fundamental de petición (C.P., 1991, art. 23) los padres de Francisco presentaron ante la EPS correspondiente una solicitud respetuosa, solicitando la valoración del caso clínico de su hijo con el fin de acceder de manera efectiva al derecho a morir dignamente (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-544, 2017), conforme a lo dispuesto en la Resolución 1216 (Ministerio

de Salud y Protección Social, 2015)²⁰; entendiendo que Francisco, era un niño, sujeto de especial protección, de 13 años, con múltiples patologías diagnosticada tales como parálisis cerebral infantil, epilepsia, escoliosis severa, displasia de cadera y reflujo gastroesofágico severo, las cuales le causaban profundos sufrimientos físicos que solo podían manifestarse a través del llanto, pues las mismas enfermedades le generaban la imposibilidad de comunicación verbal u otro medio.

Ante el silencio por parte de la EPS al derecho de petición presentado en noviembre de 2016, los padres del menor interpusieron acción de tutela ante el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal, con el fin de garantizar la protección del derecho. En el proceso, la entidad accionada solicitó que se declarara improcedente la acción, argumentando que ya había dado respuesta a la solicitud, en la cual se negó el acceso al procedimiento eutanásico argumentando la carencia de un concepto médico y la falta de regulación en torno a la práctica de la eutanasia en menores de edad.

Sin embargo, tras el análisis de la respuesta emitida, el Juzgado concluyó que esta no cumplía con los requisitos de claridad, suficiencia y fondo para resolver de manera efectiva la petición formulada por los padres del menor. Por lo tanto, decidió amparar el derecho fundamental invocado y ordenó a la EPS emitir una respuesta adecuada y acorde con el contenido de la solicitud. No obstante, dicha orden judicial no fue acatada en los términos ni en la forma exigidos por el fallo.

Como consecuencia de lo anterior, el Juzgado de conocimiento elevó el expediente en sede de revisión ante la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional. En el marco de dicho proceso, se allegaron pruebas documentales y testimoniales que permitieron evidenciar que la solicitud de los padres de Francisco de acceder a la eutanasia se fundamentaba en el profundo sufrimiento que padecía el menor, quien

²⁰ “Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216, 2015).

enfrentaba un estado irreversible, sin expectativas de mejoría ni condiciones que le garantizaran una vida digna y libre de dolores. Contrariamente, las enfermedades que presentaba le generaban crisis respiratorias constantes que comprometían gravemente su estabilidad y calidad de vida.

Adicionalmente, los accionantes pusieron de presente que la EPS no garantizaba de forma oportuna el acceso a los servicios médicos y tratamientos requeridos para el manejo de su condición, incurriendo en omisiones reiteradas en la entrega de medicamentos esenciales y en el suministro de oxígeno. Estas negligencias contribuyeron al agravamiento de su estado de salud, generando crisis respiratorias frecuentes y prolongadas hospitalizaciones. Finalmente, en marzo de 2017, el menor falleció luego de varios días de hospitalización.

Sin embargo, a pesar de la muerte del hijo de los accionantes y presentándose nuevamente, frente a un caso de daño consumado, la Corte determinó que el presente asunto requería de un análisis al estar frente a la presunta vulneración de varios derechos fundamentales tales como el derecho a la vida (C.P., 1991, art. 1), el derecho a la salud y a la seguridad social²¹ (C.P., 1991, art. 49), el derecho a la dignidad humana (C.P., 1991, art. 1), el derecho de petición (C.P., 1991, art. 23) y el derecho a la muerte digna (con reconocimiento jurisprudencial), haciendo uso de sus facultades ultra y extra petita.

En este sentido, la Corte logró determinar que el caso de Francisco debía ser analizado de forma estructural con el fin de evitar nuevas ocasiones en las cuales se presentara vulneraciones de derechos de otros sujetos. En particular, la Corte destacó que el daño consumado se había efectuado sobre los derechos a la vida, a la muerte digna, al derecho de petición, el derecho a la salud y a la seguridad social²² por lo que se encontraba frente a un daño consumado por los hechos anteriormente

²¹ La vulneración del derecho puede ser consecuencia de una omisión, al dejar de prestar un servicio de salud, o de una acción, cuando se realiza una conducta cuyo resultado es deteriorar la salud de una persona (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 544, 2017).

²² La vulneración del derecho puede ser consecuencia de una omisión, al dejar de prestar un servicio de salud, o de una acción, cuando se realiza una conducta cuyo resultado es deteriorar la salud de una persona (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 544, 2017).

presentados en el caso en específico y ante un daño actual, por ser una entidad abierta al público, lo cual desplegaba posibles repeticiones.

A pesar del fallecimiento del niño y de la configuración nuevamente de un daño consumado, la Corte consideró que el caso ameritaba un análisis estructural por tratarse de la presunta vulneración de múltiples derechos fundamentales, haciendo uso de sus facultades ultra y extra petita, tales como el derecho a la vida (C.P., 1991, art. 11), a la salud y la seguridad social (C.P., 1991, art. 49), a la dignidad humana (C.P., 1991, art. 1), al derecho de petición (C.P., 1991, art. 23) y al derecho a morir dignamente (reconocido jurisprudencialmente).

En este sentido, la Corte logró determinar que, en el caso concreto, se presentó carencia actual del objeto²³ por daño consumado, que debía ser abordada desde una perspectiva estructural para evitar la repetición de hechos similares en perjuicio de otros sujetos de especial protección. Determinando que se vulneraron efectivamente los derechos fundamentales a la vida, al derecho de petición y al derecho a morir dignamente, mientras que los derechos a la salud y a la seguridad social se vieron afectados tanto por daño consumado (en el caso específico) como por un daño actual, en la medida en que la EPS continuaba prestando servicios sin garantías adecuadas, lo que exponía a otros pacientes a escenarios similares.

Así mismo, la Corte resalto la gran relevancia en el hecho de que Francisco se encontraba en el grupo poblacional de NNA, lo que activaba la aplicación del principio de interés superior²⁴, por lo que, conforme a lo consagrado al artículo 44 de la Constitución Política de Colombia (sobre los Derechos fundamentales de los

²³ La carencia actual de objeto es la consecuencia jurídica del hecho superado o del daño consumado y el juez de tutela debe ser el que determine, en cada caso concreto, si debe tomar medidas de reparación del perjuicio ocasionado (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia 544, 2017).

²⁴ Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes". (Artículo 8, Código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006)

niños) generaba una prevalencia para establecer parámetros y criterios que garantizaran la no repetición en casos similares a los del menor fallecido.

Del mismo modo, en relación con el derecho de petición, la Corte reiteró que este implica una respuesta coherente entre lo solicitado y lo respondido, que sea suficiente para resolver el requerimiento y efectiva en su contenido, independientemente de que la respuesta sea positiva o negativa. En el caso de los NNA, esta garantía cobra especial relevancia, dado que el derecho de petición es una herramienta esencial para lograr la efectividad del derecho a la salud y el acceso a los servicios médicos. En el caso concreto, se evidenció que la respuesta emitida por la EPS no cumplió estas condiciones.

Respecto al derecho fundamental a morir dignamente, la Corte enfatizó que su ejercicio no puede condicionarse a la edad del solicitante, ya que cualquier limitación basada exclusivamente en este criterio constituiría una forma de trato cruel, inhumano y degradante, incompatible con el principio de dignidad humana. En consecuencia, todos los seres humanos, sin distinción de edad, deben poder ejercer este derecho, siempre que se cumplan los requisitos establecidos por la jurisprudencia constitucional y la normativa vigente. No obstante, se reconoció que la ausencia de regulación específica en materia de eutanasia en menores de edad representaba una barrera que dificultaba su acceso, especialmente por las particularidades que implica el consentimiento.

En ese sentido, la Corte estableció que dicha regulación debía incluir criterios diferenciadores, tales como:

1. **Consentimiento informado:** El cual deberá ser expresado directamente por el menor que padece una enfermedad terminal causante de intenso sufrimiento, siempre que su desarrollo psicológico, emocional y cognitivo lo permita.
2. **Evaluación por parte del profesional médico:** Los profesionales de la salud deberán valorar las capacidades cognitivas del NNA y determinar la

forma adecuada de suministrar la información para garantizar su comprensión.

3. **Consentimiento sustituto:** En casos donde el menor no pueda expresar su voluntad por razones de salud o desarrollo cognitivo, sus padres o representantes legales podrán solicitar el procedimiento. Esta solicitud deberá cumplir con los requisitos previstos en la jurisprudencia, y el Comité Interdisciplinario deberá realizar una evaluación rigurosa de las circunstancias particulares del caso.

Adicionalmente, la Corte solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social que emitiera una regulación específica para garantizar la implementación efectiva del derecho a morir dignamente en NNA, así como el control detallado de cada solicitud y la gestión institucional para que todas las EPS e IPS elaboraran y distribuyeran una carta de derechos dirigida a los usuarios del sistema de salud, informándoles sobre sus derechos y deberes en relación con este derecho fundamental.

En consecuencia, la Corte confirmó el fallo proferido por el Juzgado de primera instancia, ordenando a la EPS abstenerse de incurrir nuevamente en conductas que vulneren los derechos fundamentales aquí analizados. Asimismo, impartió órdenes al Ministerio de Salud y Protección Social para que, estableciera una regulación diferenciada sobre el acceso al derecho a morir dignamente en niños, niñas y adolescentes, y que en el término de cuatro (4) meses, organizara y dispusiera de todo lo necesario para que todas las entidades prestadoras del servicio de salud contaran con Comités Interdisciplinarios, tales como los reglamentados en la Resolución 1216 de 2015. Finalmente, instó al mismo a presentar, en ejercicio de iniciativa legislativa y dentro del año siguiente, un proyecto de ley que regulara el ejercicio del derecho a morir dignamente, tanto para personas mayores de edad como para NNA.

La sentencia concluyó con un nuevo exhorto al Congreso de la República para que regulara integralmente la materia, tal como ha sido solicitado en reiteradas ocasiones por la jurisprudencia constitucional.

De esta se desprendió la Resolución 825 “Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), en la que se enmarcó que los recién nacidos y neonatos, niños y niñas de primera infancia se encontraban excluidos de la solicitud y procedimiento eutanásico. Así mismo, acotó que los menores entre 6 y 12 años podrían solicitar el mismo, de forma excepcional siempre y cuando demostraran un nivel de desarrollo cognitivo avanzado.

Igualmente, categorizó que, para los niños de 6 años hasta los 14 años, era obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño, niña o adolescente, y que de los 14 a los 17 años no era obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerciera la patria potestad del adolescente.

12.2.8. Sentencia T-721 de 2017

En el mes noviembre de 2016, invocando la presunta vulneración del derecho de petición (C.P., 1991, art. 23), al derecho al debido proceso (C.P., 1991, art. 29) y la muerte digna (con reconocimiento y evolución jurisprudencial), la señora S.F.R., actuando en calidad de representante legal de L.M.M.F, interpuso acción de tutela contra la EPS tratante. La acción tuvo como fundamento la falta de contestación oportuna a la solicitud presentada con el fin de acceder al derecho de muerte digna, y, posteriormente, la emisión de una respuesta negativa que no solucionaba la inquietud presentada, de acuerdo con los requisitos de la norma.

Dentro del acervo fáctico, se destacó que L.M.M.F fue diagnosticada con epilepsia desde los dos años y medio de edad, y que con el propósito de tratar dicha condición fue intervenida quirúrgicamente en julio de 2008. Sin embargo, como consecuencia de la intervención de la paciente presentó una discapacidad mental absoluta (estado vegetativo permanente), lo cual le había impedido tener una vida digna a ella y a su núcleo familiar.

En respuesta a la acción, la EPS accionada solicitó vinculación de la Fundación Cardio Infantil, las cuales concertaron que no presentaban responsabilidad en el

caso particular. Ante esto, el Juzgado Octavo Penal Municipal para Adolescentes con Funciones de Control de Garantías de Bogotá, decidió amparar el derecho fundamental a morir dignamente, ordenando que, en un término de 48 horas, se informara a la accionante la decisión adoptada por el Comité Científico Interdisciplinario, indicando lugar, fecha y hora en que se adelantaría el procedimiento para que L.M.M.F. pudiera morir con dignidad.

La decisión fue impugnada por la EPS accionada, en la cual argumento su inconformismo con el fallo alegando que el procedimiento establecido en la Resolución 1216 de 2015 había sido llevado a cabo conforme a los lineamientos normativos por la Fundación Cardio Infantil, procedimiento en el cual Comité Interdisciplinario había determinado que L.M.M.F no cumplía con los requisitos exigidos para el acceso al procedimiento. La Fundación respaldó esta afirmación y también interpuso recurso de impugnación ante esta impugnación, por lo cual el Juzgado Diecisiete Penal del Circuito con Función de Conocimiento en Bogotá, en segunda instancia, revocó el fallo dictaminado de manera inicial, argumentando que la enfermedad que padecía la hija de la accionante no se encontraba catalogada como terminal, y que, además, la madre carecía de legitimación para presentar la solicitud en nombre de su hija.

Surtidas las anteriores actuaciones, se presentó solicitud de revisión ante la Corte Constitucional, la cual fue asumida por la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, en mayo de 2017. A partir del análisis probatorio la Sala pudo determinar que los padres de L.M.M.F eran conscientes del dolor y sufrimiento que padecía, a pesar de la imposibilidad de expresión directa y que su condición afectaba gravemente su dignidad. Asimismo, establecieron que la condición médica era irreversible, crónica y degenerativa, sin posibilidad alguna de mejoría.

Si bien inicialmente las entidades accionadas argumentaban no poder constatar el dolor del paciente, producto de la enfermedad degenerativa que presentaba y de su imposibilidad de comunicación. Las entidades presentaron argumentos contradictorios cuando una de estas estableció que se podía determinar que la

convaleciente presentaba clara intensidad de dolor dada la patología y el estado de salud en el que se encontraba.

La Sala también consideró que, ante la imposibilidad de expresar su voluntad, el consentimiento podía ser sustituido válidamente por su representante legal. En este caso, su madre no solo era la persona más cercana y conocedora de su evolución clínica durante los últimos ocho años, sino que también era quien comprendía el concepto de vida digna de su hija y el entorno en el cual ella hubiese deseado encontrarse al momento de su fallecimiento. Sin embargo, la negligencia e inoperancia institucional impidieron el cumplimiento de dicho propósito, prolongando su sufrimiento hasta su fallecimiento, consumando el daño que pretendía evitarse, demorándose un año y nueve meses después de elevada la petición inicial, durante el transcurso del recurso de revisión, pues nunca se emitió una respuesta de fondo, clara y congruente como se requiere en una petición, acorde a los lineamientos de la Resolución 1216 de 2015, lo que implicó una violación al debido proceso. De igual forma se constató, también, que durante dicho tiempo tampoco se suministraron los cuidados paliativos requeridos ni se brindó apoyo psicológico a la familia. Igualmente, fue ignorada la solicitud de limitar el esfuerzo terapéutico, bajo el argumento de la ausencia de autorización médica, lo que configuró una vulneración al debido proceso.

En consecuencia, la Corte precisó que el derecho a morir dignamente no se reduce al acceso al procedimiento eutanásico, sino que comprende un conjunto de facultades derivadas de la autonomía individual y del control sobre el proceso del fin de la vida. En tal sentido, se reconocieron dos dimensiones adicionales a las inicialmente establecidas por la Sentencia C-239 de 1997, desarrolladas posteriormente en la Sentencia T-721 de 2017, a saber:

1. Limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales: La adecuación del esfuerzo terapéutico se configura en los casos en que el paciente que padece una enfermedad en fase terminal, desiste anticipadamente de tratamientos médicos innecesarios que no se alinean al mejor interés del paciente y no representen una vida digna para

éste, dando paso a que el proceso de la enfermedad hacia la muerte siga su curso natural, en las que debe existir una ponderación entre concepto médico y paciente, de lo contrario se debe consultar al Comité de Ética Hospitalaria²⁵ para que emita un concepto, en ejercicio de su función consultoría (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-721, 2017).

2. Cuidados paliativos: Se configura frente a los pacientes que padecen una enfermedad en fase terminal o crónica, degenerativa e irreversible, con alto impacto en la calidad de vida, con el fin de mejorar su calidad respecto del paciente y de su familia, a través de un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-721, 2017).

Por todo lo anterior, la Sala resolvió revocar el fallo proferido en segunda instancia, declarar la carencia actual de objeto por la configuración de un daño consumado y ordenar al Ministerio de Salud y Protección regular en consentimiento sustituto estableciendo requisitos claros y cuando se configuraba la necesidad de solicitar un Comité Ético Hospitalario.

Finalmente, la Corte reiteró, como en los anteriores pronunciamientos aquí analizados, el exhorto al Congreso de la República para que legislara de manera integral sobre el derecho fundamental a morir dignamente.

12.2.9. Sentencia T-060 de 2020

En ejercicio del derecho consagrado el artículo 86 de la Carta, la señora Carmen Diana Vélez Calle, actuando en calidad de agente oficiosa de su progenitora como su único familiar, la señora María Liria Calle viuda de Vélez, interpuso acción de

²⁵ Se conforma por un representante del equipo médico, un representante del personal de enfermería y dos delegados elegidos por representantes de la comunidad dentro del área de influencia de la entidad prestadora de servicios de salud, deben reunirse una vez al mes o de forma extraordinaria si las circunstancias lo hacen necesario, deben actualizarse periódicamente en lo relacionado a temas bioéticos de actualidad o sobre adelantos tecnológicos en biomedicina que podrían llevar a dilemas éticos futuros (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 13437 de 1991, art. 2).

tutela contra de la EPS tratante, el Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing SAS y la Clínica Los Rosales, por la presunta vulneración del derecho fundamental a morir dignamente (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-060, 2020).

La solicitud presentada fue sustentada en los siguientes hechos facticos: la señora María Calle, de 94 años, se encontraba en estado de postración, producto de las múltiples patologías que presentaba entre las que se destacan el trastorno de ansiedad, la esquizofrenia, la enfermedad de Alzheimer, el hipotiroidismo, la hipertensión y la enfermedad arteriales oclusiva severa. Debido a su grave estado de salud, en enero de 2019, su hija solicito a las entidades accionadas la conformación del Comité Científico Interdisciplinario con el fin de que se evaluara el acceso a morir dignamente por medio del procedimiento eutanásico. Sin embargo, las entidades accionadas manifestaron que no era procedente activar dicho Comité por la ausencia de un Documento de Voluntad Anticipada²⁶(DVA) suscrito por la paciente.

La accionante reiteró la solicitud argumentando que, ante la imposibilidad de su madre de manifestar consentimiento por sí misma, le asistía la facultad de actuar como representante sustituta, conforme a lo dispuesto por la jurisprudencia constitucional, especialmente por las sentencias T-970 de 2014 y T-721 de 2017.

El proceso fue tramitado inicialmente por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Pereira, que negó el amparo invocado. El juez de primera instancia consideró que no se evidenciaba que la señora María Calle hubiera sido diagnosticada como paciente terminal. Así mismo, anotó que no se cumplía con el requisito de contar con el consentimiento libre, informado e inequívoco por parte de la paciente, el cual,

²⁶ Entiéndase por Documento de Voluntad Anticipada (DVA). aquel en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad. en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar tal decisión en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan prolongar su vida (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2665, art. 2, 2018).

a su juicio no podía ser coartado por un tercero en un derecho tan particular como el solicitado.

La decisión fue confirmada, en segunda instancia, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pereira, en julio 2019. El despacho confirmó íntegramente la decisión del juzgador en primera instancia, aludiendo que no existía un dictamen médico que el cumplimiento del requisito esencial para acceder al derecho fundamental a morir dignamente.

Ante esta situación, la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional asumió el conocimiento del caso en noviembre de 2019. Tras el estudio de los hechos, las pruebas allegadas y las decisiones previas, la Corte se propuso establecer si el derecho a morir dignamente fue vulnerado al negar la solicitud de los procedimientos encaminados para cumplir los derechos del paciente.

Conforme a esto, la Corte reiteró que la acción de tutela constituye el mecanismo principal, adecuado e idóneo para la protección del derecho a morir dignamente, al no contarse con otro mecanismo de defensa judicial, particularmente en aquellos casos en que el solicitante se encuentra en situación de especial vulnerabilidad (C.P., 1991, art. 13), como ocurría en el presente caso debido a la edad avanzada, el deterioro físico y mental de la paciente.

En este contexto, la Sala recordó nuevamente que el núcleo esencial del derecho a morir dignamente se fundamenta en la dignidad humana, con un sólido respaldo constitucional, pero que producto de la falta de regulación de orden legal, demuestra que se requiere avanzar en la materia para garantizar su adecuado ejercicio, en cumplimiento de los requisitos que definen un derecho de particular configuración como este. En este sentido, la Corte precisó que para el caso objeto de análisis las barreras administrativas se derivaron de la negativa injustificada de las entidades accionadas de activar el Comité Científico Interdisciplinario en el plazo oportuno, situación que solo se corrigió con el inicio del trámite de tutela, como quedó demostrado en las pruebas documentales.

Frente al principal punto de discusión, el consentimiento libre, informado e inequívoco, la Corte precisó que este puede manifestarse directamente o través de un Documento de Voluntad Anticipada y en ausencia de este, por medio del consentimiento sustituto, según lo establecido en la Resolución 1216 de 2015. Consentimiento que solo podría ser presentado cuando el sujeto activo no pudiera expresar su voluntad, casos en los cuales se requeriría de un análisis más estricto y riguroso.

En cuanto al diagnóstico clínico, la Corte estableció que no se acreditó que la señora María Liria Calle padeciera una enfermedad terminal, conforme a los lineamientos de la Resolución 1216 de 2015. Si bien la paciente atravesaba un cuadro de sufrimiento físico y mental, ello no habilitaba la aplicación del procedimiento eutanásico, sin perjuicio de que pudiera acceder a otras manifestaciones del derecho a morir dignamente, como los cuidados paliativos.

Por ello, la Corte concluyó que, para el caso concreto, la alternativa más adecuada para el alivio del sufrimiento de la paciente consistía en fortalecer y garantizar el acceso efectivo a cuidados paliativos integrales, acorde con las consideraciones de la sentencia T-721 de 2017, analizada anterior a la presente.

En otro aspecto la Corte recalcó la necesidad de regulación del consentimiento sustituto ordenada por la Corte Constitucional (Sentencia T-721 de 2017) dos años antes del presente pronunciamiento, obligación encabezada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a lo cual la entidad requerida respondió que, dada la rigurosidad de la materia continuaban investigando para poder regular adecuadamente, lo cual demostró el desacato por parte de la entidad y la vulnerabilidad a la cual exponía a los pacientes y familiares que requerían el acceso a morir dignamente por medio del consentimiento sustituto.

En otro aspecto relevante, la Corte reiteró que desde la Sentencia T-721 de 2017 había ordenado al Ministerio de Salud y Protección Social regular las condiciones del consentimiento sustituto. No obstante, para la fecha del presente fallo, el Ministerio aún no había cumplido con dicha obligación, lo que fue interpretado como

un acto de desacato y una evidencia de la desprotección normativa en la que se encuentran los pacientes que no pueden expresar su voluntad y no cuentan con un DVA.

Por todo lo anterior, la Sala confirmó los fallos emitidos por los Juzgados Primero Civil del Circuito y Quinto Civil Municipal Pereira, negando la pretensión de acceder al derecho a morir dignamente a través de la eutanasia. No obstante, previno a las entidades accionadas a no incurrir nuevamente en los errores presentados en el caso analizado y reiteró al Ministerio de Salud y Protección Social su obligación de expedir, en un plazo de cuatro (4) meses, una regulación clara y completa sobre el consentimiento sustituto en los casos en que el paciente se encuentre incapacitado legal o fácticamente para manifestar su voluntad, o cuando no se cuente con el Documento de Voluntad Anticipada, remitiendo así una copia del fallo a la Procuraduría General de la Nación para que adoptara las medidas necesarias y así asegurar el cumplimiento de esta orden.

12.2.10. Sentencia C-233 de 2021

Ante la Sala Plena de la Corte Constitucional, los ciudadanos Daniel Porras Lemus y Alejandro Matta Herrera, interpusieron demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 106 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal Vigente), disposición que tipifica el tipo penal de homicidio por piedad, pidiendo: “El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-233, 2021).

Al concepto de los accionantes, la disposición vulneraba los derechos fundamentales a la dignidad humana (C.P., 1991, art. 1), a la integridad personal y a no ser sometidos a tratos crueles e inhumanos (C.P., 1991, art. 12), así como el derecho al libre desarrollo de la personalidad (C.P., 1991, art. 16) de aquellas personas que, al encontrarse en estados de salud extrema, sufren dolores que atentan contra la dignidad, sin posibilidad de alivio, como resultado de lesiones corporales o enfermedades graves e incurables, pero no presentan un diagnóstico

de enfermedad terminal. Excluir a este grupo del acceso al derecho fundamental a morir dignamente, bajo el supuesto de que no se cumpla con el requisito de terminalidad, implica un desconocimiento del carácter integral de los derechos fundamentales y desvincula el valor de la vida humana.

En consecuencia, solicitaron a la Corte, declarar exequible de forma condicionada el artículo 106 del Código Penal, bajo el entendido de que el mismo generará responsabilidad penal cuando ocurran las circunstancias definidas por la jurisprudencia constitucional, independientemente que la enfermedad padecida por el sujeto pasivo se encuentre o no en fase terminal.

Las intervenciones presentadas ante la Corte se clasificaron en cinco (5) posturas generales. El primer grupo solicitó declarar exequible la norma, con base en que es el Congreso de la República quien tiene la potestad del definir los tipos penales y la regulación del derecho a morir dignamente. El segundo grupo, apoyó la solicitud de exequibilidad condicionada con los requisitos argumentados por los demandantes. Un tercer grupo se alineó a declarar inexecutable la norma aludiendo que al ser la muerte digna un derecho fundamental no podía ser sujeto de barreras. El cuarto grupo solicitó un fallo inhibitorio aduciendo la demanda no se dirigía al artículo citado, sino que cuestionaba la Sentencia 237 de 1997. Finalmente, un quinto grupo instó a que se realizará una evaluación sobre las barreras de acceso al derecho constitucional a morir dignamente, antes de modificar las condiciones para su ejercicio.

Tras examinar los argumentos, la Corte Constitucional planteó como problema jurídico establecer si el artículo 106 del Código Penal desconocía los derechos fundamentales a la integridad personal, al no sometimiento de tratos crueles e inhumanos, al libre desarrollo de la personalidad, a la luz de las dos dimensiones

de la dignidad como valor intrínseco del ser²⁷ y como expresión de la autonomía personal²⁸ para decidir sobre su vida.

Inicialmente, la Corte evaluó si el asunto materia de consulta estaba cubierto por la cosa juzgada constitucional, dado que el tipo penal de homicidio por piedad ya había sido objeto de análisis en la Sentencia C 237 de 1997. No obstante, tras evaluar el contenido de la demanda y los cambios normativos (Derogación del Decreto 100 de 1980 y promulgación de la Ley 599 de 2000), así como el enfoque actual de los cargos, la Corte concluyó que se configuraba una cosa juzgada material²⁹. Sin embargo, la Corte determinó³⁰ que la evolución del derecho a morir dignamente, producto de los pronunciamientos de la Corte, las resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el exhorto al Congreso de la Republica para regular la materia, al igual que la omisión legislativa en la que había incurrido el Congreso al no incorporar los límites jurisprudenciales que condicionaban la validez del tipo penal en el Código Penal, generaban el compromiso de abrir nuevamente el debate del derecho en mención.

En este contexto, la Corte reiteró la potestad punitiva del Estado como último recurso (*ultima ratio*), en el cual su implementación y ejercicio debía respetar los principios proporcionalidad y razonabilidad, especialmente cuando entra en conflicto con derechos fundamentales como la dignidad humana. Por lo que, el delito de

²⁷ La primera arista de la dignidad se concreta en la faceta de libertad que no puede ser suprimida por interferencias sociales o externas en la medida en que abarca decisiones personales básicas y se corresponde con la capacidad de tomar decisiones y hacer elecciones de acuerdo con la comprensión íntima de lo que es bueno o deseable (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-233, 2021).

²⁸ “(i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-881, 2002).

²⁹ La cosa juzgada material, se presenta cuando se cuestiona la misma norma, aunque se encuentre en otra disposición.

³⁰ De manera excepcional, la Corte Constitucional ha admitido esta posibilidad cuando se produce (i) un cambio en el parámetro de control, derivado de la incorporación de nuevos mandatos relevantes a la Constitución Política, incluido el bloque de constitucionalidad; (ii) una modificación en el significado material o en la comprensión de los mandatos relevantes, derivada de cambios sociales, políticos o económicos significativos; o (iii) la variación en el contexto normativo en que se inserta la norma objeto de control. (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-233, 2021).

homicidio por piedad, entendiendo que su fin era evitar sufrimientos intolerables y se realizaba con una motivación altruista y compasiva, debía tener un tratamiento y pena diferenciado comparado con los demás tipos penales que iban en contravía al bien jurídico tutelado de la vida. Marcando así, una frontera entre castigo penal y el derecho fundamental, puesto que el primero solo debe castigar conductas que causan un daño, mientras en el segundo caso llega a convertirse en una barrera jurídica al acceso de este derecho, regulando de forma precisa y suficiente hasta dónde puede llegar, con el fin de garantizar de que tal actuación no va a vulnerar el derecho a la vida al usarse en situaciones que en algunos casos buscan evadir la responsabilidad penal.

Así, la Corte reconoció que, conforme a la evolución jurisprudencial establecía un marco de protección amplio y expansivo en el derecho de carácter constitucional, al comprender que este se encuentra íntimamente ligado al derecho a la vida, no solo comprendida no como una simple subsistencia biológica, sino como la existencia digna, orientada por diferentes valores y decisiones sobre sí mismos que enmarcan un proyecto de vida que vela por el bienestar. En este sentido, la Corte reconoció que el requisito de padecer una enfermedad terminal como condición para acceder a la eutanasia configuraba una barrera de acceso, ocasionando tratos crueles e inhumanos al exponer de forma prolongada a los pacientes, dada la intensidad del dolor y el sufrimiento de cada sujeto, lo cual afectaba de forma particular sujetos con enfermedades graves e incurables que les causaban sufrimiento físico o psíquico extremo.

Por consiguiente, la Corte consideró necesario ampliar el alcance del primer requisito para el acceso al procedimiento eutanásico, a pacientes con enfermedades que aun cuando no sean terminales, son graves e incurables al generar intensos sufrimientos. Haciendo así, una apertura necesaria a este alcance para garantizar la expresión libre, informada e inequívoca del paciente, o en su defecto, a través del consentimiento sustituto en los términos excepcionales definidos jurisprudencialmente, minimizando así todo riesgo de abuso.

En virtud de lo anterior, la Corte declaró exequible el artículo 106 del Código Penal, en el entendido de que no se incurre en el delito de homicidio por piedad cuando: (i) el acto sea realizado por un médico, (ii) exista consentimiento libre, informado y previo o posterior al diagnóstico por parte del paciente, y (iii) el paciente sufra un intenso sufrimiento físico o psíquico derivado de una enfermedad grave e incurable o una lesión corporal irreversible.

Finalmente, reiteró el exhorto al Congreso para que, en ejercicio de su competencia legislativa regulara integralmente de acuerdo con las Sentencias de carácter constitucional sobre el derecho a morir dignamente, a favor de la erradicación de los elementos identificados por la Corte a partir de las quejas, peticiones y reclamos elevados ante la Superintendencia Nacional de Salud entre los años 2018 y 2020. De las anteriores se pudo:

Evidenciar que las principales barreras de acceso a los servicios dirigidos a la muerte digna y por consiguiente la grave afectación al goce efectivo de este derecho fundamental, se encuentran en demoras en la prestación del servicio, dificultades para autorizar tratamientos, medicamentos, cirugías o procedimientos de salud y, finalmente, la ausencia de información sobre los servicios, los derechos, deberes y trámites para el acceso a la muerte digna que conllevan a la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-233, 2021).

12.2.11. Sentencia C-164 de 2022

Fundamentado en lo dispuesto en el artículo 241 (numeral 4°) de la Constitución Política de Colombia, la Corte Constitucional analizó la demanda de inconstitucionalidad presentada por los ciudadanos Lucas Correa Montoya y Camila Jaramillo Salazar, contra el artículo 107 de la Ley 599 de 2000, el cual establece:

Artículo 107. "Inducción o ayuda al suicidio: El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses (Ley 599, 2000, art. 107).

La demanda fue estructurada en seis cargos, todos aceptados por la Corte para su análisis. En el primer cargo, los accionantes alegaron que el legislador había desconocido los límites y el carácter necesario³¹ del poder punitivo del Estado al penalizar el suicidio medicamente asistido (SMA), entendiendo que en esta práctica se le permitía al profesional de la salud facilitar paciente el acceso a una muerte en condiciones seguras y dignas, mediante un acompañamiento técnico.

En el segundo cargo, se sostuvo que, dicha penalización vulneró y desconoció el derecho fundamental a morir dignamente, entendido como la facultad del individuo para autodeterminar las condiciones de su muerte, el cual debería incluir la posibilidad de solicitar y acceder al SMA, alineado a los mismos requisitos establecidos para la eutanasia, al tratarse ambas de modalidades de muerte médicamente asistida.

El tercer cargo, se centró en la vulneración al derecho a la dignidad humana (C.P., 1991, art. 1), toda vez que, dada su estrecha relación con la autonomía, ya que desconoce la posibilidad de cada ser humano de definir su proyecto de vida, incluyendo el final de esta, de acuerdo con las convicciones personales. De igual forma, en el cuarto cargo, se denunció la afectación del derecho a una vida digna (C.P., 1991, art. 11), al imposibilitar la toma de decisiones en torno a la muerte.

En el quinto cargo, los accionantes, argumentaron que el legislador, vulneró el derecho al libre desarrollo de la personalidad (C.P., 1991, art. 16) al impedir que los individuos adoptaran la decisión sobre el fin de la vida. Finalmente, como último cargo, se denunció la transgresión del principio y deber de solidaridad (C.P., 1991, art. 1, numeral 2), al penalizar la conducta de los profesionales en salud que,

³¹ “El principio de necesidad implica que el legislador, en la configuración abstracta de la política punitiva, debe recurrir únicamente a los instrumentos penales, cuando esto resulte constitucionalmente necesario” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022).

motivados por fines altruistas, prestan una asistencia a quienes desean morir en condiciones dignas, lo que desnaturaliza su función social.

A estos planteamientos, la Honorable Corte procedió a delimitar y aclarar términos relacionados con el alcance del análisis. En primer lugar, precisó que el verbo rector objeto de estudio sería el de prestar ayuda, toda vez que los cargos se dirigían específicamente a realizar esta acción. En segundo término, la Corte indicó que la demanda se refería exclusivamente al caso, en el que un médico producto de su conocimiento prestara la ayuda efectiva para morir, a pacientes diagnosticados con una enfermedad grave e incurable, excluyendo a todo sujeto no cualificado del análisis.

En tercer lugar, la Corte diferenció entre el suicidio medicamente asistido de la figura de la eutanasia, entendiendo que, en el primero, la persona que lleva a cabo el acto de provocar la muerte es el propio paciente, a diferencia de la eutanasia, en la que el agente que provoca la muerte es el médico. Por último, la Corte precisó, que tomaría como figura de discusión el término Asistencia Médica al Suicidio, dado que el suicidio en sí mismo no es punible y el objeto de control constitucional se refiere a la ayuda para realizarlo.

En este sentido, la Corte abordó el problema jurídico consistente en determinar si la norma penal, que establece el delito de suicidio asistido, en los casos los que médico tratante es quien acude de forma voluntaria al suicidio, producto de querer ayudar al paciente en un momento de intenso sufrimiento y dolor generados por una enfermedad grave o incurable, si en este caso se vulneran los derechos fundamentales a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad y al deber de solidaridad.

Al analizar los cargos, la Corte consideró que no resultó razonable, proporcional ni necesario que el legislador penalizara una conducta en la que el titular del derecho tiene la capacidad de disponer, de forma autónoma sobre su fallecimiento. En efecto, la Corte resaltó la discordancia que existe entre la configuración del delito de homicidio por piedad y el suicidio asistido, entendiendo que en el primer caso el médico actúa directamente, y en la AMS, es el propio paciente quien realiza el acto

final. Bajo esta lógica, la penalización del AMS resulta aún menos justificada, por cuanto parte de una decisión libre y personal del individuo.

Por lo cual y acorde con la necesidad de morir en las condiciones dignas, la Corte destacó que el profesional médico es el llamado a realizar el acompañamiento técnico y humano en estos casos, al contar con los conocimientos necesarios que permiten garantizar que el procedimiento se realice de forma segura, acorde con la dignidad del sujeto y la minimización del dolor, por lo que penalizar su accionar obstruía el acceso efectivo al derecho fundamental a la muerte digna.

Al abordar conjuntamente los derechos citados en los cargos 2°, 3°, 4° y 5°, la Corte reiteró la naturaleza compleja del derecho a morir dignamente, en tanto se articula con el derecho a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad y a la vida digna. Implicando la posibilidad de tomar decisiones sobre el final de la vida sin presiones, ni injerencias arbitrarias del Estado, siempre que se cumplan ciertas condiciones objetivas. Por lo que para su alcance se han establecido diversas dimensiones entre las cuales la Corte destacó: los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico y el acceso a intervenciones médicas para morir, incluyendo la AMS y la eutanasia.

Penalizar la AMS, concluyó la Corte, equivaldría a privilegiar una concepción de la vida reducida a su subsistencia biológica, desconociendo que su valor constitucional radica en su vivencia con dignidad, la cual materializa otros derechos. A su vez, tal penalización vulnera tanto los derechos del paciente como el derecho del médico al libre desarrollo de su personalidad, al impedirle obrar conforme a su conciencia y ética profesional, aún más en los casos en el que es el propio paciente quien lleva a cabo la acción final.

De manera novedosa, la Corte también hizo énfasis en el *principio de solidaridad social*³² en el ejercicio de la medicina, entendiendo que el deber del profesional de

³² El principio de solidaridad se deriva del Estado entendido como uno social, fundado en el respeto por la dignidad humana. Ello no implica que el Estado tiene un carácter de benefactor, sino que tiene la obligación de promover los medios para que sean los propios individuos quienes puedan satisfacer sus necesidades y aspiraciones (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-164, 2022).

la salud no se limita a preservar la vida a toda costa, sino a acompañar al paciente en las distintas etapas de su enfermedad, a aliviar su dolor y a respetar su voluntad como ser libre hasta el final de su existencia, con respeto y los fines altruistas que lo guían. Recalcando que, la asistencia médica al suicidio se configura como una expresión legítima del principio de solidaridad, sin que ello implique una obligación de actuar en contra de las propias convicciones, cuando se reconozca el derecho a la objeción de conciencia sin que ello implique la vulneración del derecho a la muerte digna, incluso si este término no se menciona explícitamente en su pronunciamiento.

En conclusión, la Corte encontró que el legislador actuó de forma desproporcionada al penalizar una conducta que constituye el ejercicio legítimo de derechos fundamentales mencionados por los accionantes, declarando exequible el artículo 107, del Código Penal, de manera condicionada, despenalizando la AMS, en el entendido de que no se incurriría en delito cuando concurrieran los siguientes requisitos:

1. Que el sujeto haya otorgado un consentimiento libre, informado e inequívoco.
2. Que el sujeto, padeciera una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, debidamente diagnosticada por un sujeto calificado.
3. Que sufriera de dolores físicos o psíquicos incompatibles con la vida digna.
4. Que el acompañamiento para causar la muerte fuera prestado por un profesional de la medicina.

Se hace un énfasis en la necesidad de regulación del derecho a la muerte digna en la dimensión eutanásica, reiteró el exhorto al Congreso de la República, para que en ejercicio de sus funciones adoptara una regulación integral del derecho a morir dignamente con el fin de erradicar las barreras existentes y garantizar el acceso efectivo al derecho.

12.2.12. Sentencia T-239 de 2023

Producto del carácter novedoso del asunto y al tratarse del primer pronunciamiento posterior a la ampliación del requisito del padecimiento del sujeto para acceder al derecho fundamental a morir dignamente, el asunto fue escogido por la Sala de Selección de Tutelas, asignando el conocimiento del caso por reparto a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional.

La presente revisión versaba sobre la acción de tutela interpuesta por la señora Martha Liria Sepúlveda Campo contra del Instituto Colombiano de Dolor, mediante la cual solicitaba acceder al procedimiento de eutanasia (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-239, 2023). Tal solicitud se fundamentó en que la accionante padecía de Esclerosis Lateral Amiotrófica, enfermedad diagnosticada desde el año 2018, reconocida como una patología degenerativa, la cual, era incompatible con su concepto personal de dignidad, por lo que, en julio de 2021, solicitó a la entidad accionada (INCODOL) el acceso al procedimiento.

En un primer momento, la entidad accedió a su solicitud y autorizó el procedimiento en agosto de 2021. Sin embargo, tras la difusión pública del caso en medios de comunicación masiva, la entidad accionada realizó una segunda valoración médica, concluyendo que no existía una proximidad a la muerte y, en consecuencia, el 8 de octubre de 2021, dos días antes de la fecha programada para la intervención, decidió revocar la autorización, negando así el procedimiento de muerte digna.

En la negativa se aludió que, a juicio de los demandados, la paciente no cumplía con el requisito de encontrarse en fase terminal de una patología o en estado de inminente fallecimiento. No obstante, la accionante sostuvo que tal exigencia resultaba contraria a la jurisprudencia constitucional, en el entendido que, en la Sentencia C-233 de 2021, la Corte Constitucional amplió el ámbito de aplicación del derecho a morir dignamente, al eliminar el requisito de terminalidad, permitiendo el acceso a la eutanasia en casos de sufrimiento físico o psíquico intenso, derivados de una enfermedad grave e incurable o de una lesión corporal irreversible.

Ante esto, el juez de primera instancia accedió a las pretensiones de la accionante, amparando sus derechos fundamentales a la muerte digna, dignidad humana (C.P.,

1991, art. 1), vida digna (C.P., 1991, art. 11), libre desarrollo de la personalidad (C.P., 1991, art. 16) y a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes (C.P., 1991, art. 12). En consecuencia, ordenó a la entidad accionada establecer fecha y hora para adelantar el procedimiento, la cual fue ejecutada el 8 de enero de 2022.

Frente a esta situación, la Sala de Revisión de la Corte consideró necesario pronunciarse, aun cuando el caso presentaba carencia actual del objeto por *situación sobreviniente*³³, al existir un fallo favorable y la ejecución material del procedimiento, agotando la pretensión de la demanda constitucional, lo que cambió las circunstancias del objeto inicial de forma irreversible. No obstante, dado el interés constitucional del caso por su relevancia, para desarrollar una mayor comprensión y el desarrollo de los derechos fundamentales a la vida y a la muerte digna, la Corte decidió analizar de fondo el asunto.

En este sentido, la Sala reiteró que, conforme con la jurisprudencia emitida por la Corte en anteriores pronunciamientos relativos a la eutanasia, como dimensión del derecho a la muerte digna, el derecho a la vida no es de carácter absoluto ni puede ser impuesto coactivamente. Por el contrario, este encuentra sus límites en la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad, particularmente cuando los sujetos se enfrentan a dolores y sufrimientos indignos. En estos casos, el Estado debe permitir y garantizar que la persona ejerza su derecho a morir dignamente, en vez de imponer una subsistencia que sea incompatible con este principio.

De igual forma, la Corte recordó que las decisiones adoptadas en ejercicio del control abstracto de constitucionalidad tienen efectos erga omnes, a partir del día siguiente a su adopción, siempre que hayan sido divulgadas por medios reconocidos, permitiendo así garantizar la supremacía el respeto por la Constitución y la seguridad jurídica. En este sentido, para la Sala, el comunicado oficial de la Corte constituye un mecanismo legítimo de difusión inmediata de sus decisiones.

³³ “Se configura luego de la presentación de la acción de tutela y cambian el escenario fáctico planteado de manera que la pretensión elevada con la demanda pierde sentido, requiriendo: (i) que exista una variación en los hechos que originaron la acción; (ii) que dicho cambio implique la pérdida de interés del accionante en que se acceda a sus pretensiones; o (iii) que las mismas no se puedan satisfacer” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-239, 2023).

Por lo que, sobre el particular, el contenido y alcance de la Sentencia C-233 de 2021 debía ser acatado de manera general y, en particular, sobre la situación de la accionante, quien cumplía con los requisitos allí establecidos. De modo que alegar que la Resolución 971 de 2021 no contemplaba dicha posibilidad era, por tanto, desconocer la supremacía constitucional y los derechos fundamentales de la paciente.

Pese a ello, la Sala advirtió que la ausencia en regulación legislativa clara sobre la materia y la falta de incorporación del contenido de los recientes pronunciamientos de la Corporación generaba obstáculos significativos en el ejercicio de los derechos fundamentales tanto de los pacientes como de los profesionales en salud. En consecuencia, reiteró la necesidad de que, el Congreso de la República expidiera una ley estatutaria que regulara el derecho a la vida en su componente de muerte digna, con el fin de eliminar barreras, elevadas por el Ministerio de Salud y Protección social, como: la inexistencia de normas claras sobre los derechos y deberes de los actores implicados en los procedimientos eutanásicos, la objeción de conciencia, y la falta de actualización de las instituciones prestadoras de salud y del personal sanitario respecto del marco constitucional vigente.

Ahora, en atención al déficit de protección, la Corte destacó, nuevamente, el rol activo del juez, para verificar y contrastar rigurosamente los hechos de cada caso, fundamentada en la historia clínica actualizada, los dictámenes médicos, los documentos de manifestación de voluntad que se hayan suscrito y demás elementos probatorios, permitiéndole incluso hacer uso de sus facultades oficiosas para solicitar elementos necesarios que le autoricen adoptar.

Argumento con el que dio cierre en la Corte, resolviendo declarar la carencia de objeto por situación sobreviniente y reiterar los exhortos al Congreso de la República emitidos en las sentencias sobre la dimensión eutanásica del derecho a morir dignamente, con el fin de que se legislará de forma integral y se garantizará su acceso efectivo, acorde con los principios de dignidad humana, autonomía personal y solidaridad.

12.2.13. Sentencia T-445 de 2024:

Ante la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, fue sometido a estudio el fallo de tutela de primera instancia presentado por la señora Clara, mujer de 66 años, diagnosticada con “adenocarcinoma de origen mamario, con progresión pulmonar, ósea y pélvica” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-445, 2024) que ha presentado constante evolución desde el año 2010, además de padecer otras enfermedades tales como diabetes, hipotiroidismo, artritis reumatoidea, depresión y ansiedad. Lo que la conlleva a un tratamiento oncológico que tuvo un resultado insatisfactorio, por lo cual la accionante manifestó verbalmente a su médico tratante su deseo de acceder al derecho fundamental a morir dignamente, a través de la aplicación del procedimiento eutanásico. Como respuesta, se le indico que debía interponer una acción de tutela para tal fin.

En consecuencia, en octubre de 2023, la señora Clara la presentó ante el Juzgado Catorce de Familia del Circuito de Oralidad de Cali, en la que solicitó el amparo de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la dignidad humana, con el fin de que se ordenara a su EPS tratante autorizar el procedimiento eutanásico. Paralelamente, la accionante interpuso una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, aduciendo la omisión en la prestación de servicios médicos para mitigar su dolor por parte de su EPS.

A esto, la EPS accionada argumentó que la solicitante no cumplía con los requisitos establecidos por la resolución vigente y alegó, además, que la señora Clara no había tramitado ante ellos la solicitud para acceder al procedimiento eutanásico. En virtud de lo anterior, el juez de primera instancia negó el amparo, aduciendo la falta cumplimiento del principio de subsidiariedad, al no existir prueba suficiente que demostrara que la paciente hubiese gestionado previamente el procedimiento a la EPS.

Esta decisión fue seleccionada para revisión por la Sala por la Sala de Selección de Tutelas Número Uno y asignada, en enero de 2024, a la Sala Cuarta de Revisión. En ejercicio de sus competencias, la Corte solicitó a la accionante informar si había accedido al procedimiento o, en su defecto, explicar las razones por las cuales no

había continuado con la solicitud. Asimismo, requirió a la EPS accionada un informe detallado sobre las gestiones realizadas ante tal solicitud y la Superintendencia el estado de la queja formulada.

Ante la ausencia de respuesta por parte de las entidades requeridas, la Sala procedió a vincular al interventor designado por la Superintendencia para la administración de la EPS involucrada. En mayo de 2024, la EPS demandada informó que en octubre de 2023 había solicitado a la Fundación Villa Lili la conformación del Comité Científico para el estudio de la solicitud. La fundación, tras su valoración, determinó que la paciente no se encontraba en fase terminal ni en estado de agonía y que su situación clínica no comprometía su capacidad de autodeterminación, razón por la cual negaron la solicitud en noviembre de 2023. Posteriormente, la Fundación indicó que, en febrero de 2024, recibió una nueva solicitud vía correo institucional, la cual fue remitida a otra IPS, en cumplimiento de la Resolución 971 de 2021. Esta última indicó que no fue posible finalizar el trámite por imposibilidad de establecer contacto con la paciente.

La Sala observó inconsistencias entre las pruebas aportadas por la EPS ante el juzgado de primera instancia y las allegadas en sede de revisión, toda vez que, en contradicción con lo inicialmente afirmado, la historia clínica de la solicitante acreditaba que en octubre de 2023 había manifestado su voluntad de acceder a la eutanasia, referenciando su sufrimiento y el deseo de que se respetaran sus decisiones.

En cuanto a la queja, la Superintendencia Nacional de Salud, indicó que la EPS tratante había demostrado la entrega de los medicamentos requeridos, pero que no se pudo dar mayor seguimiento al trámite por falta de comunicación con la accionante. La Sala también informó que no recibió respuesta directa de la señora Clara, aunque no fue posible constatar su fallecimiento tras realizar las averiguaciones pertinentes ante las entidades competentes.

En este contexto, y conforme a las competencias previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9° de la Constitución Política, la Sala decidió avocar conocimiento del caso y vincular a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y

Protección Social, al tratarse de entidades públicas, responsables de garantizar el acceso a servicios de salud, incluyendo los procedimientos de muerte digna.

Como primer aspecto de análisis, la Corte advirtió que, si bien la acción fue rechazada por el juez en primera instancia por no cumplir con el requisito de subsidiariedad, dicho criterio debe flexibilizarse en el caso de personas que pertenezcan a un grupo de especial protección o que encuentren en situación de riesgo. La situación de debilidad, por sus condiciones de salud que caracteriza a quienes solicitan la eutanasia, exige un análisis de las condiciones del paciente, más allá de los formalismos. En el caso en concreto, la Sala alude que existían elementos que generaban una duda razonable sobre si la solicitud había sido presentada previamente a la tutela, además de que el propio juez de primera instancia había constatado el estado de vulnerabilidad de la paciente, pero había optado por aplicar un criterio formalista que derivó en barreras de acceso al derecho fundamental invocado.

En consecuencia, la Sala decidió revocar la decisión emitida en primera instancia y proceder al estudio de fondo para determinar si la EPS accionada, la Fundación Valle del Lili, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud incurrieron en violación del derecho a morir dignamente al imponer obstáculos indebidos para acceder al procedimiento, contrarios a los requerimientos actuales.

Para ello, centró su análisis en el consentimiento informado como presupuesto esencial del procedimiento eutanásico, el cual debe responder a los principios de beneficencia y no maleficencia, donde se presupone que el paciente haya recibido información clara, completa y comprensible sobre su estado y patologías presentes. Por lo que no requiere verificación ajena, ni del ámbito médico, ya que como lo ha reiterado la Corte, el dolor es una experiencia subjetiva cuyo reconocimiento recae en el propio titular del derecho y el cual no le impide tener contexto y criterio sobre su decisión, entendiendo así que la función de los Comités recae en la verificación de los requisitos establecidos de forma jurisprudencial o reglamentaria.

En cuanto al marco normativo, la Sala reiteró que el derecho a morir dignamente es de naturaleza dinámica y multidimensional, sujeto a evolución científica y jurídica.

No obstante, lamentó que, pese a los reiterados llamados de la Corte al Congreso de la República, para expedir una ley estatutaria, producto de su omisión legislativa, subsisten vacíos normativos y contradicciones regulatorias, constituyendo una barrera que incide en la eficacia del derecho, al generar incertidumbre en médicos e instituciones prestadoras de salud. A pesar de eso, reconoció que aun cuando los avances realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social han sido de gran aporte al derecho fundamental a la muerte digna, advirtió que la regulación vigente resulta desactualizada, al no incorporar criterios desarrollados por la jurisprudencia, particularmente en lo dispuesto por la Sentencia C-233 de 2021, que amplió el acceso a la eutanasia a quienes padezcan sufrimientos físicos o psíquicos derivados de enfermedades graves e incurables o lesiones corporales irreversibles.

Lo que, ha generado una problemática particular que se evidencia en la sentencia anteriormente analizada y en la presente, puesto que la negativa producida por la EPS e IPS versan sobre la aplicación de la resolución mencionada y el desconocimiento del carácter erga omnes de los pronunciamientos de la Corte.

Debido a lo cual, la Sala consideró que las entidades accionadas vulneraron el derecho fundamental de la tutelante al imponer barreras injustificadas. Destacando que, la EPS incurrió en omisión, al no establecer una ruta clara de información y atención sobre el derecho a morir dignamente, por medio del procedimiento eutanásico lo que conllevó a la solicitud presentada al juez en primera instancia, además de no garantizar el suministro adecuado de medicamentos paliativos; en esa misma línea la Fundación Valle del Lili, desconoció el consentimiento informado de la paciente y se fundó en una regulación desactualizada; además, la Superintendencia, no ejerció con rigor sus funciones de inspección y control; y por último, el Ministerio, mantuvo en vigencia una resolución normativa que contradice los estándares fijados por la Corte y en la cual se fundamentaron para negar la petición.

Por ende, la Corte resolvió revocar la sentencia proferida en primera instancia y amparar los derechos fundamentales a la muerte digna, salud y vida en condiciones dignas de la señora Clara. De forma similar, dejar sin efectos la decisión emitida por

el Comité Interdisciplinario y ordenar que, previa verificación del estado actual de la accionante, se conformará un nuevo Comité para evaluar su solicitud con base en los criterios constitucionales vigentes.

Igualmente, exhorto a la Superintendencia a ejercer sus funciones de vigilancia y control para garantizar el acceso sin barreras al derecho a morir dignamente y ordenó al Ministerio de Salud actualizar la normativa en un plazo de dos (2) meses, conforme a lo establecido en la Sentencia C-233 de 2021, sin que, hasta la fecha de los análisis realizados, se haya llevado a cabo dicha actualización.

Finalmente, reiteró los exhortos ya formulados al Congreso de la República en decisiones anteriores, en torno a la necesidad de legislar de manera integral y sistemática sobre la dimensión eutanásica del derecho a morir dignamente, para el avance en la protección del derecho a la muerte digna.

12.3. Líneas jurisprudenciales

Finalizado el análisis jurisprudencial desarrollado en el presente capítulo, es pertinente establecer tres tipos de líneas jurisprudenciales que expongan, de forma clara y sencilla, la evolución presentada en el reconocimiento del derecho fundamental a morir dignamente en Colombia, principalmente en su dimensión relativa a las prestaciones específicas para morir: eutanasia y asistencia médica al suicidio. Lo anterior, con base en las sentencias que, a nuestro juicio, constituyen fallos emblemáticos de la Corte Constitucional, porque evidencian un desarrollo progresivo en el entendimiento constitucional en torno a los bienes jurídicos superiores como la vida, la dignidad humana y la autonomía personal, entre otros pilares esenciales en el ejercicio libre del derecho en mención.

La primera de estas líneas tendrá como propósito identificar los aportes concretos establecidos por cada una de las sentencias analizadas en el capítulo, con el fin de facilitar al lector una comprensión más precisa sobre los contenidos jurisprudenciales que han configurado este derecho.

La segunda línea, de corte evolutivo, no contemplará la totalidad de los fallos explorados, sino que se centrará en trazar una línea jurisprudencial cronológica que

permita clasificar los fallos conforme a su valor dentro de la construcción del derecho: fundacionales, reconceptualizadores, modificadores, consolidadores o confirmatorios. Las dos últimas clasificaciones se desarrollarán bajo los parámetros teóricos presupuestados en el libro *“El derecho de los jueces”* de Diego Eduardo López Medina.

La tercera línea buscará identificar el enfoque interpretativo adoptado por la Corte Constitucional en sus decisiones relacionadas con el derecho a morir dignamente. Para ello, se partirá de una pregunta problema construida, que se articula con uno de los pilares fundamentales identificados de este derecho, la autonomía, relacionado con una de las principales barreras identificadas para su garantía.

Dichas líneas, permitirán esclarecer cuál ha sido la postura de la Corte frente al bien jurídico de la vida y su interacción con otros principios constitucionales, desde la despenalización de la eutanasia hasta la actualidad. Así mismo, las presentes líneas jurisprudenciales permitirán demostrar los múltiples desafíos jurídicos que ha enfrentado el acceso al derecho fundamental abordado, en escenarios complejos como el consentimiento sustituto, la objeción de conciencia, la necesidad de regulación específica en NNA, así como la reciente inclusión de la AMS como una opción válida dentro del marco del derecho a la muerte digna.

Con ello, se busca justificar, desde una perspectiva crítica, la existencia de las barreras jurídicas presentadas en el proceso de consolidación del derecho a la morir dignamente, así como resaltar el papel protagónico que ha asumido la Honorable Corte Constitucional mediante la expedición de diversos pronunciamientos, producto de la omisión legislativa.

12.3.1. Aportes y novedades jurisprudenciales.

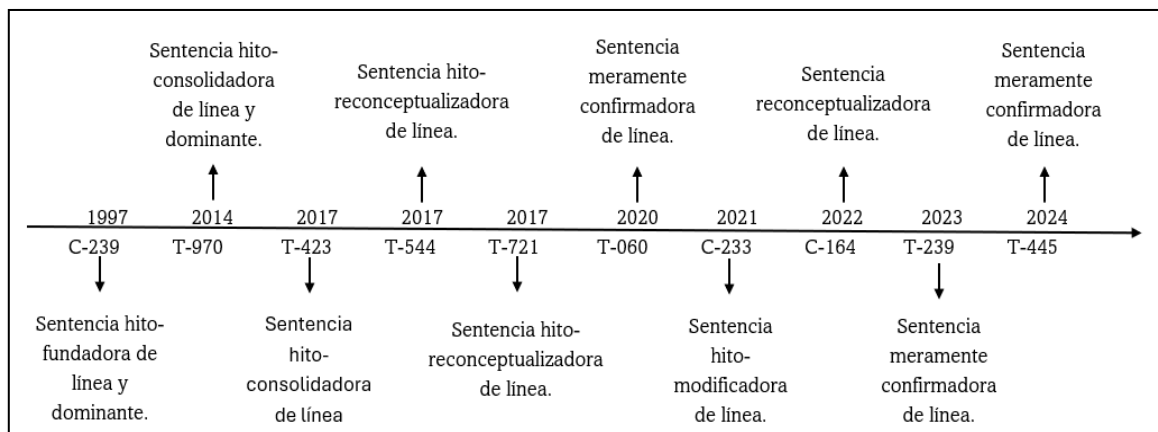
Año	Sentencia	Dimensión	Aportes	Novedades
1997	C-239	Eutanasia	1.Diagnóstico de enfermedad terminal. 2.Consentimiento informado, libre e inequívoco o sustituto. 3.Realización del procedimiento por un médico.	Despenalización de la eutanasia y reconocimiento del procedimiento como una dimensión del derecho a morir dignamente. Se ordena al CR legislar la materia.

			4. Comité de acompañamiento al paciente.	
2014	T-940	Eutanasia	1.Diagnóstico de enfermedad terminal. 2.Consentimiento, libre e inequívoco: Anticipado, verbal o escrito 3.Acción realizada por un profesional en salud. 4.Aplicación de los criterios de: prevalencia de la autonomía, imparcialidad, celeridad y oportunidad.	Reafirmación de jurisprudencia y origen de la primera regulación (Resolución 1216 de 2015-derogada) Creación del Comité Interdisciplinario. Se reitera la obligación del CR de legislar.
2016	T-132	Eutanasia	Necesidad de situación trágica para acceso al derecho a la muerte digna. Se hace hincapié en el cumplimiento del derecho a la salud en pacientes privados de la libertad.	Aclaración de que las situaciones dramáticas como enfermedades o condiciones de abandono susceptibles de ser superadas no son causales de acceso. Se reitera la obligación del CR de legislar.
2016	C-327	Eutanasia	Necesidad de aplicación de principios de razonabilidad y proporcionalidad en los derechos bioéticos.	Señalamiento del derecho a morir dignamente, como un derecho bioético. Se reitera la obligación del CR de legislar.
2017	T-322	Eutanasia	Ejercicio de los jueces del deber estricto de constatación.	Especificación de aplicación del derecho solo en situaciones realmente trágicas. Se reitera la obligación del CR de legislar.
2017	T-423	Eutanasia	Vigilancia y constatación del Ministerio de Salud de la Carta de derechos sobre la muerte digna en cada EPS.	Identificación de que la falta de legislación y las barreras administrativas son los principales inconvenientes en la prestación del servicio de salud. Se reitera la obligación del CR de legislar. Origen de la Resolución 971 de 2021.
2017	T-544	Eutanasia	1.Enfermedad grave e incurable en menores de edad. 2.Consentimiento directo o sustituto: Edad y capacidad de conocimiento. 3. Valoración del Comité Interdisciplinario.	Reconocimiento del derecho en NNA. Regulación diferenciadora emitida por el Ministerio de Salud y PS n°825 de 2018. Se reitera la obligación del CR de legislar. Origen de la Resolución 825 de 2018.
2017	T-721	Eutanasia	Identificación de dimensiones del derecho a morir dignamente: limitación de esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y medios efectivos para morir.	Confirmación de la validez del consentimiento sustituto en pacientes con imposibilidad de otorgarlo y orden al Minsalud para regular el mismo.

				Se reitera la obligación del CR de legislar.
2020	T-060	Eutanasia	Validez del consentimiento sustituto por incapacidad legal o fáctica.	Reiteración al Ministerio de Salud para el cumplimiento sus funciones, con la regulación solicitada el consentimiento sustituto y al CR de legislar.
2021	C-233	Eutanasia	1.Sufrimiento físico o psíquico intolerable, producto de una enfermedad grave, incurable o lesión corporal. 2.Consentimiento libre, informado e inequívoco. 3. Realización médica.	Aplicación del primer requisito, erradicando la necesidad de enfermedad terminal. Se reitera la obligación del CR de legislar.
2022	C-164	AMS	1.Consentimiento libre e informado. 2.Sufrimiento físico o psíquico intolerable, producto de una enfermedad grave, incurable o lesión corporal. 3. Realización de la acción por el mismo paciente. 4.Acompañamiento médico.	Se despenaliza la AMS y se diferencia del procedimiento eutanásico. Se distingue como una dimensión del derecho a morir dignamente. Se reitera la obligación del CR de legislar.
2023	T-239	Eutanasia	Revalidación de la extensión del requisito de condición terminal a sufrimiento físico o psíquico intolerable proveniente de enfermedad grave, incurable o lesión.	Reiteración al Ministerio de Salud para la actualización de la resolución vigente. Se reitera la obligación del CR de legislar.
2024	T-445	Eutanasia	Revalidación de la extensión del requisito de condición terminal a sufrimiento físico o psíquico intolerable proveniente de enfermedad grave, incurable o lesión.	Reiteración al Ministerio de Salud para la actualización de la resolución vigente. Se reitera la obligación del CR de legislar.

Nota: Elaboración propia.

12.3.2. Línea jurídico temporal



Nota: elaboración propia.

12.3.3. Balance constitucional entre la intervención estatal (normativa) y el derecho a morir dignamente.

¿Debe existir intervención estatal frente al derecho a morir dignamente –en su modalidad de prestaciones específicas para morir–o debe ser entendido como un derecho autónomo relacionado con otros derechos fundamentales?		
Intervención estatal (normativa) frente al derecho a morir dignamente.	● C-239/1997 ● T-940/2014 ● T-132/2016 ● C-327/2016 ● T-322/2017 ● T-423/2017 ● T-544/2017 ● T-721/2017 ● T-060/2020 ● C-233/2021 ● C-164/2022 ● T-239/2023 ● T-445/2024	Derecho a morir dignamente como un derecho autónomo.

Nota: elaboración propia.

12.4. Conclusiones

Es evidente que desde la despenalización de la eutanasia en la Sentencia C-239 de 1997 la Corte Constitucional ha ampliado progresivamente los criterios de acceso a este derecho, superando la barrera del acceso al derecho en menores de edad y erradicando en el antiguo requisito de contar con una enfermedad terminal al reconocer que el sufrimiento físico o psíquico derivado de enfermedades graves e incurables también puede justificar una solicitud válida para morir dignamente y estableciendo nuevas formas como la Asistencia Médica al Suicidio (AMS).

Indiscutiblemente, esta evolución, ha reposado sobre la centralidad del principio de dignidad humana, en su doble dimensión como valor fundante del orden constitucional y como expresión concreta de la autonomía individual, en especial en los momentos finales de la vida. Se ha analizado que reconocer la vida, como derecho fundamental, no puede ser reducida a su componente biológico, sino que debe estar enmarcada en condiciones mínimas de autodeterminación, alivio del

dolor y sentido personal de dignidad. Por esta razón, el consentimiento libre, informado e inequívoco del paciente se ha erigido como el pilar esencial del derecho a morir dignamente, incluso permitiéndose, en casos concretos el consentimiento sustituto por parte de familiares cercanos o representantes legales.

Lo que permitió evidenciar que el derecho a morir dignamente en Colombia, en sus distintas dimensiones (eutanasia, asistencia médica al suicidio, limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos), ha experimentado un desarrollo notable a través de la jurisprudencia constitucional. Sin embargo, dicho reconocimiento en especial los alineados a las prestaciones efectivas para morir, se ha presentado de forma fragmentada, sin que exista hasta la fecha una regulación legal de carácter estatutario que lo unifique, defina sus alcances, ni garantice su aplicación de manera efectiva y equitativa.

Lo anterior ha recalcado la función garante a la Corte Constitucional y permitió identificar múltiples barreras estructurales que impiden el goce efectivo de este derecho. En primer lugar, aunque la Corte Constitucional ha reiterado en múltiples ocasiones, la necesidad de que el Congreso de la República expida una ley estatutaria que regule integralmente el derecho a morir dignamente, en todas sus dimensiones, donde se establezcan condiciones claras y respetar los avances jurisprudenciales. También que incorpore criterios diferenciados para poblaciones especiales como los niños, niñas y adolescentes, y, por último, que garantice el equilibrio entre el respeto a la autonomía del paciente y la protección de los profesionales de la salud que actúan en el marco de este derecho. Hasta la fecha todavía no se ha dado cumplimiento.

Este vacío se ha tratado mediante resoluciones administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tales como la Resolución 1216 de 2015-derogada-, Resolución 825 de 2018 y la Resolución 971 de 2021, las que, muchas veces resultan desactualizadas o insuficientes para reflejar la evolución jurisprudencial y así dar garantía del derecho, al no expedirse en los tiempos estipulados por la Corte, como se muestra en el presente, ante la falta de emisión exhortada desde el año 2021.

En tercer lugar, la falta de protocolos estandarizados y rutas claras por parte de EPS e IPS, se refleja en falta de información, dilaciones injustificadas y respuestas ambiguas o contradictorias que vulneran no solo el derecho a morir dignamente, sino también el principio de oportunidad y el derecho a una atención en salud sin barreras, lo que ha creado un entorno de incertidumbre y discrecionalidad que, en muchos casos, ha derivado en violaciones directas a los derechos de los solicitantes, obligándolos a acudir a la vía judicial para obtener protección. En varias de las tutelas presentadas existe una elevada presencia de daños consumados, los que muchas veces se han producido por interpretaciones restrictivas del consentimiento informado y presunciones de incapacidad decisoria por parte de los Comités Científicos Interdisciplinarios, los cuales han desconocido la voluntad de los pacientes alegando que, su dolor o sufrimiento afecta su capacidad para tomar la decisión, hecho contradictorio al principio de autonomía personal y el carácter subjetivo del dolor.

Adicionalmente, se identificó que el uso indebido de la objeción de conciencia médica abre la puerta a tratos crueles e inhumanos consistentes, que repercuten en la prolongación de los dolores y sufrimientos de los pacientes, contrarios a la dignidad y a los proyectos de vida de cada ser, que así mismo generan una contradicción entre los principios de beneficencia y no maleficencia.

Igualmente, fue notoria una omisión sistemática por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en su deber de vigilancia y control sobre las entidades prestadoras del servicio, situaciones que han perpetuado prácticas institucionales contrarias al goce efectivo del derecho a morir dignamente. Incluso, algunos fallos han evidenciado que la falta de entrega de información clara y veraz a los usuarios configura un déficit estructural en la pedagogía jurídica elevada a las EPS e IPS sobre este derecho.

Finalmente, se pudo evidenciar que la interpretación rígida del principio de subsidiariedad por parte de algunos jueces en sede de tutela se ha traducido en la negación de amparos constitucionales a personas en condición de extrema

vulnerabilidad, lo que contradice los principios de favorabilidad, dignidad y protección reforzada que rigen en estos casos.

En suma, el reconocimiento del derecho a morir dignamente en Colombia representa un avance constitucional significativo, pero su materialización efectiva sigue dependiendo de la superación de barreras jurídicas que permitan la consolidación de este derecho que debe estar regido por un compromiso ético, acorde a la autonomía y la dignidad del ser humano hasta el final de su vida, lo cual exige voluntad en la responsabilidad institucional de las EPS e IPS, regulación legislativa por parte del Congreso de la República, y, una vigilancia frecuente de las entidades de control tales como la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Protección Social.

13. CAPÍTULO QUINTO: MECANISMOS PARA EVITAR EL USO INCONSTITUCIONAL A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.

Este capítulo tiene como finalidad establecer los mecanismos jurídicos que permitan evitar el uso inconstitucional del derecho fundamental a la objeción de conciencia, particularmente cuando este se convierte en una barrera de acceso al derecho a morir dignamente. Por supuesto, para alcanzar este objetivo se abordará el derecho a la objeción de conciencia consagrado en la Constitución Política de 1991, así como los requisitos y limitaciones de este. Asimismo, se aproximará este derecho en dos ámbitos relevantes para la investigación: el sector de la salud y en personas jurídicas, indudablemente a través de las sentencias hito en la materia, emitidas por la Corte Constitucional. Finalmente, se profundizará en los mecanismos jurídicos vigentes para que las personas que pretendan acceder al derecho a morir dignamente eviten el uso inconstitucional y desproporcionado de la objeción de conciencia por parte de profesionales de la salud e instituciones prestadoras de servicios médicos.

13.1. Definición, limitación y requisitos del derecho a la objeción de conciencia

En primera instancia se revisará la definición de objeción de conciencia otorgada por parte de la Real Academia Española [RAE] (2025), que la señala como la: “negativa a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos” (párr. 1). También, se complementa con la definición: “Derecho a oponer excepciones al cumplimiento de deberes jurídicos cuando su cumplimiento implique una contravención de las convicciones personales ya sean religiosas, morales o filosóficas” (Diccionario Panhispánico del Español Jurídico, 2025, párr. 1).

El derecho fundamental a la objeción de conciencia se encuentra consagrado en la Constitución Política de 1991, puntualmente, en su artículo 18, el cual establece: “Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia” (C. P., 1991, art. 1). Dicho precepto constitucional dispone de una protección amplia a la autonomía moral y ética del individuo, permitiéndole abstenerse de realizar conductas que contraríen sus convicciones profundas, ya sean filosóficas, religiosas, morales e ideológicas. En palabras de la Corte Constitucional, la objeción de conciencia es un derecho autónomo y nominado de conformidad con el apartado final. Asimismo, son enfáticos en señalar que este derecho es una manifestación del principio pro homine, que exige interpretar el ordenamiento jurídico de la forma más favorable a la persona humana (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-370, 2019). Con esto se quiere decir, que la objeción de conciencia es una expresión legítima de la libertad humana de dirigir de forma autónoma su propia racionalidad, cuyo propósito principal es preservar las convicciones propias señaladas previamente que se encuentran relacionados íntimamente con el derecho fundamental de autonomía individual. De manera que, quien ejerce la objeción de conciencia es una persona que respeta y se apega al derecho, pero su observancia le provoca problemas con sus convicciones más íntimas y su conciencia crítica.

Hay que mencionar, además que la Corte Constitucional ha señalado que este derecho es infranqueable para el legislador y la administración, en un estado democrático y pluralista. No obstante, este derecho no es absoluto, especialmente porque puede recaer en un externo, ajeno del fuero interno de quien lo padece, por lo que acceder a este puede desencadenar consecuencias frente a terceras personas, dado que, “cuando se manifiesta la objeción por motivos de conciencia, ello supone incumplir un deber jurídico con mayor o menor proyección social” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-388, 2009), por lo cual surge la necesidad de reflexionar hasta qué punto es posible realizar el ejercicio de la objeción por motivos de conciencia, contemplando la perspectiva sobre las consecuencias negativas que su ejercicio produce para el acceso al derecho de morir dignamente.

En vista de que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto, sus límites, a través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha declarado que “todas las personas tienen derecho a ejercer sus proyectos de vida de forma compatible con su conciencia, sin ningún otro límite que la eficacia de los derechos de terceros” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-274, 2016), dicho de otra forma, uno de los límites que más se recalca es la objeción de conciencia, pero en ningún caso, podrá trasgredir o afectar los derechos de terceros. Asimismo, han señalado que no se puede utilizar para eludir responsabilidades legales esenciales o rehusar el cumplimiento de un deber jurídico, por ejemplo, ante la vulneración de derechos fundamentales de otras personas, comprometiendo la salud y la vida.

La Corte reconoce que puede presentarse la eventualidad de existir conflictos entre el derecho fundamental a la objeción de conciencia y los valores, principios o derechos fundamentales protegidos mediante el deber jurídico del derecho a morir dignamente. Por eso, han señalado la necesidad de que existan unos criterios de ponderación:

Que hagan énfasis, de una parte, en la naturaleza del reparo de conciencia, la seriedad con la que es asumido, la afectación que su desconocimiento produce en quien objeta; y de otra, en la importancia del deber jurídico frente al cual se plantea la objeción, su mayor o menor proyección social, el grado

de interferencia que el ejercicio del derecho a objetar produce respecto de los derechos de terceras personas, o el grado de reversibilidad de la lesión que tal incumplimiento produce (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-274, 2016).

En otros términos, para llevar a cabo el ejercicio de ponderación es necesario tener en cuenta varios aspectos: i) la seriedad o solidez de los fundamentos del objetor; ii) el grado de afectación que podría generar sobre quien objeta, pues si la afectación es marginal y existe la posibilidad de que otra persona cumpla esa obligación sin que implique un detrimento de derechos, no hay razón para negar el derecho a la objeción y, iii) el grado de reversibilidad del derecho frente al cual pugna la objeción, dado que, no es equivalente rehusarse a realizar un procedimiento previamente programado —donde la ausencia del objetor puede ser suplida— a realizarlo durante una urgencia donde se compromete la atención debida.

A pesar de que la Corte se ha pronunciado ampliamente frente a la objeción de conciencia y sus limitaciones ha precisado que, si bien “parece posible sentar algunas pautas orientadoras, el derecho a alegar la inobservancia de un deber jurídico por motivos de conciencia debe ser analizado a la luz de las exigencias de cada caso en concreto” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-388, 2009).

Respecto a los requisitos para acceder al derecho a la objeción de conciencia, la Corte Constitucional lo ha establecido a través de las sentencias C-355 de 2006; T-209 de 2008 y T-388 de 2009, brindando unas pautas respecto a los requisitos formales y sustanciales.

Relacionado con a los aspectos formales para acceder a la objeción de conciencia, por parte de profesionales de la salud, la Corte ha subrayado que deberá hacerse por escrito y expresando:

- 1- Las razones por las cuales cumplir el deber legal es contrario a sus más íntimas convicciones, ya sean: morales, filosóficas o religiosas. En particular, no lo podrá hacer persona ajena a quien ejerce la objeción. Del mismo modo,

no se podrán usar formatos generales, por ejemplo, proporcionado por la entidad.

- 2- Señalando al profesional que suplirá su labor en el deber legal omitido. Por supuesto que, el objetor debe tener en cuenta la existencia de dicho profesional, su pericia para llevar a cabo el procedimiento necesitado por el paciente, también, la disponibilidad del sustituto para garantizar el procedimiento.

Los anteriores conceptos fueron establecidos por la Corte con el objetivo de conservar y respetar el carácter constitucional que tienen los derechos fundamentales, así como, impedir que el derecho a la objeción de conciencia se use de manera inconstitucional para imponer más barreras en el acceso a la prestación de un servicio esencial como la salud, especialmente, en temas bioéticos³⁴, tales como el aborto y la eutanasia.

Ahora bien, en los requisitos sustanciales para acceder a la objeción de conciencia se destacan los siguientes elementos:

- 1- Los profesionales de la salud podrán hacer uso del derecho fundamental a la objeción de conciencia, siempre y cuando, se trate de una convicción de carácter religioso, moral o filosófico debidamente fundamentado. Lo anterior no se trata de cuestionar, ni proporcionar su opinión sobre la idoneidad o no del tratamiento.
- 2- Los profesionales podrán eximirse del deber de llevar a cabo un procedimiento, siempre y cuando, se garantice la prestación del servicio “en condiciones de calidad y de seguridad para la salud y la vida del paciente, sin imponerle cargas adicionales o exigirle actuaciones obstaculicen su acceso a los servicios de salud requeridos, y con ello, desconocerle sus derechos constitucionales fundamentales a la vida, a la salud, a la integridad

³⁴ Entendiendo los temas bioéticos como aquellos donde se cuestiona la moral y ética en relación con la vida, la salud y las ciencias de la vida.

personal, a la dignidad humana” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-274, 2016).

- 3- La Corte ha sentenciado que para ejercer el derecho a la objeción de conciencia la titularidad debe recaer en aquel profesional que tiene el deber legal de llevarlo a cabo y considera contrario a sus íntimas y arraigadas convicciones, no basta la simple opinión sobre el asunto.

En definitiva, la Corte Constitucional en diversos pronunciamientos ha advertido que la objeción de conciencia no puede convertirse en un instrumento que impida la garantía de otros derechos fundamentales, como el derecho a morir dignamente. Por eso, ha impuesto unos requisitos y limitaciones, con el fin de evitar la incorrecta ponderación cuando colisionan dos derechos fundamentales, así como, unas obligaciones para con quien pretende objetar conciencia.

13.2. Objeción de conciencia en el ámbito de la salud

Respecto a la objeción de conciencia en el sector de la salud el precedente más relevante se encuentra en la sentencia C-274/2016, en la que la Corte Constitucional de Colombia resolvió una demanda de inconstitucionalidad en contra del artículo 9 de la Ley 911 de 2004, por considerar que se vulneraban los artículos 1° (Dignidad humana); 11° (Derecho a la vida) y 12° (Tortura o tratos crueles e inhumanos) de la Constitución Política de 1991, al establecer la objeción de conciencia de los profesionales de enfermería al permitirles discrecionalmente oponerse a los procedimientos médicos, deja la posibilidad de que las prestadoras de salud avalen y desarrollen procedimientos que vulneran dichos artículos constitucionales y permitiendo que el paciente se encuentre desprotegido.

La Corte Constitucional, en esta sentencia, reafirmó que la objeción de conciencia en el ámbito sanitario está permitida, pero solo bajo las siguientes condiciones:

1. La objeción debe ser formulada por escrito y de manera previa, no puede ser realizada de manera sorpresiva o verbal.
2. El objetor debe sustentar las razones éticas, filosóficas o religiosas de manera previa.

3. La objeción no puede afectar la atención inmediata ni oportuna del paciente. En consecuencia, la institución prestadora del servicio está en la obligación de garantizar un profesional no objetor que realice el procedimiento.
4. Por último, la objeción no puede presentarse de manera institucional o colectiva.

Se debe agregar que en la sentencia de tutela 388 se destacó que:

Si bien es cierto, parece posible sentar algunas pautas orientadoras, el derecho a alegar la inobservancia de un deber jurídico por motivos de conciencia debe ser analizado a la luz de las exigencias de cada caso en concreto (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-388, 2009).

Dicho de otra forma, a pesar de las pautas establecidas respecto al derecho a la objeción de conciencia, siempre se debe analizar conforme a las exigencias que cada caso concreto amerite.

De esa manera, se estableció un sistema de equilibrio entre el derecho del profesional de la salud a no actuar en ciertos procedimientos por ir en contravía de sus más profundas convicciones y el derecho del paciente a recibir atención médica efectiva, sin dilaciones injustificadas, ni barreras ilegítimas. Lo anterior, implica que el sistema de salud debe estar estructurado para que las convicciones personales de un médico no obstaculicen el acceso a derechos fundamentales de los pacientes.

13.3. Objeción de conciencia en personas jurídicas

En relación con la objeción de conciencia en personas jurídicas, la Corte Constitucional ahonda a través de las sentencias T-209 de 2009 y T-388 de 2009 el problema de si las personas jurídicas, tales como clínicas, hospitales o EPS, pueden ejercer el derecho a la objeción de conciencia. La Corte estableció de manera enfática que la objeción de conciencia es un derecho estrictamente personal, dado que, la conciencia es una cualidad atribuible exclusivamente a los seres humanos particulares y no a entes colectivos.

En la sentencia T-209 de 2009, la madre de una menor de edad interpone una acción de tutela, dado que, la EPS Coomeva niega la interrupción del embarazo que

fue ordenada por el Centro de Atención Integral a Víctimas de Agresión Sexual (CAIVAS) de la Fiscalía General de la Nación, porque tras recibir terapias y ayuda psicológica tanto de la Fiscalía como de la EPS se consideró que al haber sido víctima de acceso carnal violento y quedar en estado de embarazo con una grave enfermedad de transmisión sexual, lo mejor para salvaguardar los intereses superiores de la menor era la interrupción. Por su parte, la EPS Coomeva invocaba el derecho a la objeción de conciencia del Staff de ginecólogos negando el procedimiento y remitiéndola al Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta. En el Hospital tras un tortuoso proceso burocrático se manifiesta que no hay un vínculo contractual con la EPS Coomeva y no la declara como una urgencia que ponga en peligro la vida de la paciente. Posteriormente, el Departamento de Ginecobstetricia realiza un oficio firmado por todos los ginecólogos, mediante el cual, presentaban objeción de conciencia frente a la práctica del aborto.

De esta manera, en su pronunciamiento y apoyándose en la sentencia C-355 de 2006 señalan que:

La objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Solo es posible reconocerlo a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con que se les denomine, que presenten objeción de conciencia (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355, 2006)

Analizando lo anterior, se establece que, si bien las instituciones pueden tener una ideología o una orientación religiosa, ello no las habilita para dejar de prestar servicios que están reconocidos legalmente. En definitiva, las instituciones de salud están obligadas a garantizar el acceso efectivo y continuo a procedimientos como la interrupción voluntaria del embarazo, y por extensión, al derecho a morir dignamente en su modalidad de prestaciones específicas para morir.

Por otro lado, en la sentencia T-388 de 2009, un hombre representando a su pareja interpone acción de tutela para lograr acceder a la interrupción voluntaria del embarazo por el motivo de malformación del feto. Luego de ser aprobado el

procedimiento por la Junta Médica con especialistas, la EPS SaludCoop niega el procedimiento por falta de pago, al no estar incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y alegando que la pareja no habría demostrado la incapacidad de pago y no era factible solicitar procedimientos excluidos del POS. Adicionalmente, el Juez Segundo Penal Municipal de Santa Marta se declaró impedido por razones de conciencia para reconocer la tutela, ya que, conforme a sus convicciones el nasciturus es persona desde el momento mismo de la concepción y no quería desconocer el artículo 11 de la Constitución Nacional y la “Ley Divina”, de esa manera, ordena remitir la acción de tutela a la Oficina Judicial para la designación correspondiente.

Posteriormente, mediante providencia la Jueza Segunda Penal del Circuito de Santa Marta resuelve no darle curso al impedimento por estimar que las creencias religiosas del funcionario judicial no lo despojan de las funciones encomendadas por la ley, de esa manera, la acción de tutela regresa al Juzgado Segundo Penal Municipal de Santa Marta.

En el fallo de la tutela, el a quo decide negarla, fundamentando su decisión en la objeción de conciencia, es decir, las mismas razones que motivaron el impedimento. En la sentencia de segunda instancia, se concedió el amparo de los derechos constitucionales y se le ordena a la EPS en un período de cuarenta y ocho (48) horas llevar a cabo la interrupción del embarazo.

Considerando que existía la carencia actual de objeto, la Corte decide pronunciarse por la importancia del tema y su relevancia constitucional, con la finalidad de aclarar y reiterar la jurisprudencia de la misma corporación. Con base en lo anterior, la Corte recalca que “las personas jurídicas no son titulares del derecho la objeción de conciencia y, por tanto, a las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud no les es permitido oponerse a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-388, 2009).

Igualmente, señalan que negar el derecho a la objeción de conciencia colectiva o de personas jurídicas:

Además de responder plenamente a la naturaleza de éste, resulta un mecanismo efectivo para evitar limitaciones abusivas de la libertad de las personas que laboran en las instituciones prestadoras del servicio de salud, las cuales podrían verse coaccionadas por posiciones restrictivas impuestas por los cuadros directivos de dichas instituciones (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-388, 2009).

Por tanto, la Corte realizó una reiteración de jurisprudencia y destacó la importancia de negar la objeción de conciencia colectiva o institucional. De ahí que, ninguna institución pueda alegar objeción de conciencia para negar servicios públicos esenciales. Por el contrario, tienen el deber de contar con personal idóneo y no objetor para garantizar la continuidad en la prestación del servicio.

En conclusión, es evidente que este criterio es determinante y es un actor principal directo en el acceso al derecho a morir dignamente, dado que, obliga a los hospitales y entidades de salud, tanto públicas como privadas a garantizar que, pese a la objeción de conciencia de algunos profesionales, el procedimiento se lleve a cabo conforme a la voluntad del paciente.

13.4. Mecanismo para evitar el uso inconstitucional de la objeción de conciencia

Actualmente en Colombia, no se encuentra un mecanismo jurídico o administrativo vigente y orientado a evitar que el derecho fundamental a la objeción de conciencia sea utilizado como una barrera que vulnere el derecho a morir dignamente. Sin embargo, se mostrará que en las últimas resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social hay formas para regularla.

En primera medida la Resolución 1216 de 2015 – pese a que en la actualidad este derogada, es considerada la base de las resoluciones posteriores – del Ministerio de Salud, mediante la cual se establece que las instituciones deben garantizar un profesional que no objete conciencia, para que se respete el derecho del paciente sin afectar al profesional objetor.

Conviene resaltar que lo anterior se encontraba señalado en el artículo sexto (6°) de dicha resolución, puntualmente, en el párrafo que señala:

Los integrantes del Comité no podrán ser objetores de conciencia del procedimiento que anticipa la muerte en un enfermo terminal para morir con dignidad, condición que se declarará en el momento de la conformación del mismo. Así mismo, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216, 2015, art. 6).

Por otra parte, en su artículo séptimo (7°), apartado 7.2, se establece:

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 (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216, 2015, art. 7).

En otras palabras, los comités científicos-interdisciplinarios al ser los responsables de evaluar las solicitudes de eutanasia y verificar el cumplimiento de los requisitos legales, permiten una transparencia, imparcialidad y previene decisiones unilaterales por parte de médicos objetores, al no permitirse objetores dentro de dicho comité. Asimismo, en caso de presentarse una objeción por un médico, le tendrán que dar celeridad al trámite y ordenar la designación de uno que no lo sea para practicar el procedimiento médico.

Todavía cabe señalar, que la resolución en mención establecía que los comités interdisciplinarios debían estar conformados por tres integrantes: i) un médico especialista de la patología que padece la persona, diferente al médico tratante; ii) un abogado y iii) un psiquiatra o psicólogo clínico designados por la respectiva Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS). Estos parámetros se mantuvieron en la resolución vigente.

En segundo lugar, mediante la Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se regula el procedimiento para el derecho a

morir dignamente en niños, niñas y adolescentes (NNA), se ratificó la importancia del derecho a la objeción de conciencia, siempre y cuando, no transgreda el derecho a la autonomía de la voluntad y, por ende, el derecho a morir dignamente. Esto se constata en el artículo 26.7. que establece que “En el evento de que el médico designado sea objetor de conciencia, reasignará el caso a un médico no objetor en un término no superior a 48 horas” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 825, 2018, art. 26).

Así mismo, también establece en el párrafo del artículo dieciocho (18) que “Los integrantes del Comité no podrán ser objetores de conciencia del procedimiento eutanásico, condición que se declarará en el momento de la conformación del mismo” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 825, 2018, art. 18). Acorde con la resolución previamente comentada – que en el momento estaba vigente –.

En tercer lugar, en la Resolución 971 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se estableció el procedimiento de recepción, tramite y reporte de las solicitudes de eutanasia y derogo la Resolución 1216 de 2015. Es prioritario señalar que esta resolución contiene las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia, de este modo, se estableció el Sistema de Reportes de Solicitudes de Eutanasia, que serán una serie de reportes que se harán en tres momentos, así:

1. Reporte de la recepción por el médico (a) que recibe la solicitud.
2. Reporte del Comité, cuando recibe la solicitud por parte del médico.
3. Reporte que actualiza el estado de la solicitud por parte del Comité, cuando da respuesta al paciente, tras la verificación del cumplimiento de requisitos para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, 2021).

Indiscutiblemente, la creación del Sistema de Reportes de Solicitudes de Eutanasia más allá de la simple recepción de las solicitudes de eutanasia proporciona unas

cifras estadísticas que dan cuenta del aumento en acceso al derecho y un avance en la materia, elementos al alcance de la ciudadanía mediante derecho de petición.

En lo referente a la objeción de conciencia, esta resolución lo ajusta a las pautas establecidas por la Corte Constitucional y establece en su artículo dieciséis (16):

De la eventual objeción de conciencia. La objeción de conciencia debe ser expresada de manera previa al conocimiento de la solicitud y solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse por las instituciones prestadoras de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, 2021, art. 16).

Articulado con las resoluciones previas, en el párrafo de su artículo veinticinco (25) establece que los integrantes del comité no podrán ser objetores de conciencia.

De modo que, tras la revisión de las resoluciones antes mencionadas, no se encontró un mecanismo preciso para evitar el uso inconstitucional de la objeción de conciencia, ya que si bien contienen los requisitos y limitaciones extraídos de los pronunciamientos jurisprudenciales, la imposibilidad de este derecho de manera colectiva o en personas jurídicas e incluye la imposibilidad de que los objetores pertenezcan al comité interdisciplinario, con la opción de reemplazarlos, no se contempla un mecanismo jurídico que permita alegar o demandar el uso inconstitucional de objeción de conciencia.

A pesar de que en las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud no se encontró un mecanismo que permita evitar el uso inconstitucional a la objeción de conciencia, la Constitución Política de Colombia, mediante el artículo 86, establece que:

Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus

derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública (C. P., 1991, art. 86).

Este mecanismo jurídico permite proteger los derechos fundamentales cuando son vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad. Esta puede ser interpuesta por cualquier ciudadano, sin requerir de un abogado y tiene un procedimiento preferente y sumario, es decir, es más rápido y directo para evitar demoras en la protección de los derechos.

Con base en el mecanismo jurídico previamente señalado, cualquier ciudadano cuando encuentre vulnerado su derecho a morir dignamente, en los casos en que se niegue injustificadamente por razones de objeción de conciencia, el paciente puede acudir a este mecanismo para evitar el uso inconstitucional del derecho a la objeción de conciencia y su derecho fundamental a morir dignamente no se vea restringido.

Sin embargo, al no existir otro mecanismo jurídico, las personas se ven forzadas a recurrir a la acción de tutela, lo que influye significativamente en el colapso de los despachos judiciales. Adicionalmente, los requisitos para presentar la acción de tutela dificultan a las personas el acceso a su derecho a morir dignamente. Por último, hay que recalcar que la acción de tutela no es el mecanismo efectivo para la prevención de que el derecho a la objeción de conciencia se use de manera inconstitucional e imponga barreras al derecho fundamental a morir dignamente.

13.5. Conclusiones del capítulo

El análisis del presente capítulo permite concluir que, aunque el derecho a la objeción de conciencia está plenamente reconocido como una manifestación de la libertad de conciencia y autonomía individual en la Constitución Política de Colombia, su uso inconstitucional en el contexto de la eutanasia puede constituirse en una barrera ilegítima para el ejercicio efectivo del derecho a morir dignamente.

Hay que mencionar, además que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha dejado claro que este derecho no es absoluto, pues su ejercicio no puede afectar

los derechos fundamentales de terceros. En consecuencia, ha establecido límites materiales y formales para su aplicación, tales como la exigencia de una manifestación escrita, motivada y la imposibilidad de ejercerlo de manera institucional o colectiva.

Se debe agregar que, en los procedimientos de eutanasia, la Corte ha reiterado que las instituciones están obligadas a garantizar la prestación del servicio mediante personal no objetor. De igual modo, ha comunicado que ninguna persona jurídica puede invocar objeción de conciencia y que deben establecer mecanismos para asegurar la continuidad del servicio, sin dilaciones ni obstáculos indebidos.

Pese a que, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido resoluciones que buscan mitigar los efectos negativos del uso indebido de la objeción de conciencia -por ejemplo, al prohibir que objetores formen parte de los comités científicos-interdisciplinarios o al ordenar la asignación rápida de un médico no objetor-, no se ha establecido un mecanismo jurídico específico que sancione o controle su uso inconstitucional.

Por ello, la acción de tutela se consolida como el principal instrumento jurídico vigente para la defensa del derecho a morir dignamente frente a barreras derivadas de objeciones de conciencia injustificadas o abusivas. Sin embargo, sus requisitos como subsidiaridad, inmediatez y defensa de derechos fundamentales, no supe la necesidad de una regulación más robusta y preventiva.

A partir de lo anterior, se proponen los siguientes elementos:

1. Establecer un mecanismo jurídico claro que sancionen el uso inconstitucional de la objeción de conciencia.
2. Incluir una regulación legal expresa sobre la objeción de conciencia en contextos bioéticos como la eutanasia, mediante la cual se detallen sus límites y procedimientos.
3. Reforzar la responsabilidad y/o sanciones de las IPS, para prohibir la objeción de conciencia institucional.

4. Capacitar al personal de salud sobre la correcta aplicación del derecho a objetar, sin afectar el acceso a derechos fundamentales de los pacientes.

5. Implementar una base de datos que permita conocer los médicos objetores de conciencia.

Únicamente mediante una regulación integral, articulada con los estándares jurisprudenciales y constitucionales, podrá garantizarse que el derecho a la objeción de conciencia no continúe siendo una barrera sistemática contra el derecho a morir dignamente.

14. CAPÍTULO SEIS: BARRERAS EN EL ACCESO AL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE CON CASOS ILUSTRADOS.

Desde la emblemática sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional colombiana reconoció el derecho a morir dignamente como una expresión del principio de Dignidad Humana (C. P., 1991, art. 1), así como una manifestación de la autonomía personal (C. P., 1991, art. 16) frente al final de la vida. Ese hito jurisprudencial despenalizó la eutanasia bajo condiciones específicas y abrió paso a una evolución normativa que se ha consolidado a través de múltiples fallos y resoluciones administrativas. No obstante, la garantía práctica de este derecho enfrenta diversos desafíos estructurales que impiden su ejercicio pleno y efectivo.

Mediante el análisis de casos ilustrados aportados por la **Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD)**, este capítulo comprenderá las principales barreras que afectan el acceso a la eutanasia en Colombia. Dichas experiencias permiten evidenciar cómo, pese al marco legal existente, se presentan obstáculos jurídicos, institucionales y administrativos que dilatan o niegan injustificadamente este derecho, provocando un sufrimiento innecesario en los pacientes solicitantes de dicho derecho fundamental. La metodología adoptada analiza la información aportada por DMD y del estudio jurisprudencial realizado, de esa manera las organiza en cuatro grandes categorías: i) desconocimiento del marco legal; ii) interpretación restrictiva de la normativa; iii) uso inconstitucional de la objeción de conciencia y iv) fallas estructurales en la prestación del servicio de salud.

14.1. Desconocimiento del marco legal

El desconocimiento normativo constituye una de las principales barreras para acceder al derecho a morir dignamente en su modalidad de prestaciones específicas para morir. Esta se manifiesta en la omisión por parte de profesionales de la salud, funcionarios administrativos o judiciales, del contenido y alcance de las normas que regulan este derecho, incluyendo sentencias clave, tales como: C-238 de 1997, Sentencia T-970 de 2014 y las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud como la 1216 de 2015; 82 de 2018 y 971 de 2021.

Caso ilustrativo: ausencia de capacitación.

María fue diagnosticada con cáncer gástrico avanzado. En 2022, hospitalizada en una clínica de cuarto nivel, solicitó acceder al procedimiento de eutanasia. El personal médico le respondió que no cumplía los requisitos legales y se negó a activar el comité correspondiente, argumentando que el trámite tomaría varios meses (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2025).

Esta negativa vulneró su derecho a recibir información clara, completa y veraz sobre el procedimiento, así como su derecho a una evaluación oportuna, conforme al principio de celeridad consagrado en la Resolución 971 de 2021.

Acorde con lo anterior, se puede contrastar que los médicos al dar una información errónea, sea con dolo o culpa (intención o desconocimiento de la norma), al mentir sobre los requisitos para solicitar el derecho a morir dignamente cuando en la jurisprudencia como en las resoluciones ha quedado explicitado que basta con padecer una enfermedad incurable y la voluntad del paciente. Como se ratifica en el artículo catorce (14) de la Resolución 971 de 2021, que especifica:

Trámite de revisión de la solicitud. Realizadas las evaluaciones y valoraciones el Comité deberá verificar la existencia de las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico a saber, (i) presencia de enfermedad terminal, (ii) sufrimiento secundario a la enfermedad terminal, (iii) capacidad y competencia mental, (iv) inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad que provoca la condición de

enfermedad terminal o del alivio de síntomas, (v) recepción de cuidados paliativos. Si estas se cumplen informará a la persona la decisión y, se preguntará al paciente, si reitera su decisión (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, art. 14).

Asimismo, debieron proporcionar información a la paciente, de acuerdo, con el artículo noveno de la resolución previamente mencionada, que establece:

Información al paciente que solicita eutanasia. Una vez el médico ha identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 7 de esta resolución, deberá: 9.1. Informar al paciente que expresa la solicitud sobre: 9.1.1. Derecho a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos. 9.1.2. Derecho a recibir atención por cuidados paliativos. 9.1.3. Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento. 9.1.4. Proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia y que le corresponde a este verificar el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia que se describen en el artículo 14 del presente acto administrativo (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, art. 9).

Indiscutiblemente, los médicos no debieron realizar el señalamiento respecto al tiempo de la conformación del comité, que en últimas depende de la Entidad Prestadora de Salud. Conviene subrayar que en Colombia actualmente no existe un lapso específico para conformar un comité interdisciplinario, algo que en el país resultaría de vital importancia, especialmente, en casos de derechos fundamentales como el de morir dignamente.

Relacionado con lo anterior la resolución sí establece que el comité debe darle trámite a la petición en un lapso “Dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de eutanasia” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, art. 14).

Esta barrera refleja la ausencia de capacitación y sensibilización por parte del personal médico sobre el marco legal, lo cual conlleva violaciones directas a la

autonomía del paciente y a su derecho a tomar decisiones informadas sobre el final de su vida.

14.2. Interpretación restrictiva del marco legal

La interpretación restrictiva consiste en la imposición de requisitos o condiciones adicionales no contempladas en la normativa vigente, o en la negación del procedimiento bajo justificaciones subjetivas que contravienen los desarrollos jurisprudenciales. En esta categoría, las instituciones y su personal de la salud cuando adoptan interpretaciones restrictivas del marco normativo incumplen lo dispuesto por la Corte Constitucional. Lo anterior, se traduce en la exigencia de requisitos no previstos o la negación en el acceso al derecho a morir dignamente, a partir de una lectura limitada del concepto de enfermedad grave e incurable.

Todavía cabe señalar que esta categoría comprende las siguientes dimensiones que se analizarán: i) Solicitud de requisitos adicionales a los contemplados en la normativa; ii) Limitación en la prestación con fundamento en estado de la enfermedad y, por último, iii) el uso inconstitucional de la objeción de conciencia.

14.2.1. Solicitud de requisitos adicionales a los contemplados en la normativa

Con respecto a la solicitud de requisitos adicionales a los contemplados en la normativa se configura cuando para la realización del procedimiento médico, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y/o profesionales del sector de la salud exigen el cumplimiento de trámites o entrega de documentos no determinados por las resoluciones que se encargan de regular el procedimiento. Dentro de los casos ilustrativos se ejemplifica con el siguiente:

Caso ilustrativo: valoraciones adicionales no previstas.

A María, paciente con cáncer en estado avanzado, su IPS le exigió una valoración por trabajo social, consejería espiritual y medicina interna como requisito previo a la activación del Comité de Muerte Digna (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2025b). Esta exigencia, además de no estar prevista en las

resoluciones por parte del Ministerio de Salud, supuso una carga emocional innecesaria, retrasando el acceso a un procedimiento urgente y legítimo.

De esta manera, se puede señalar que el personal médico, tras recibir la solicitud de eutanasia deben darle trámite según los señalamientos de la Resolución 971 de 2021 del Ministerio de Salud, específicamente, el artículo octavo (8°), en el que se señala:

Por lo que, frente a la recepción de la solicitud, el médico deberá: 8.1. Revisar que sea voluntaria, informada e inequívoca. 8.2. Revisar las condiciones mínimas previstas en el artículo 7 de esta resolución e informar al paciente sobre el proceso a seguir como se establece el artículo 9 del presente acto administrativo. 8.3. Registrar la solicitud en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada por el paciente. 8.4. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas y activar el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a través de eutanasia, en caso de que se cumplan las condiciones antes señaladas (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, 2021, art. 8).

En otras palabras, los médicos o funcionarios que recibieron la solicitud como primeros responsables debieron darle el trámite adecuado y activar el comité científico-interdisciplinario sin requerimientos adicionales, tras la verificación de cumplimiento de las condiciones mínimas.

Cabe anotar que, conforme al párrafo del artículo antes mencionado se señala que “Todos los médicos son competentes para recibir una solicitud de eutanasia, este acto asistencial no está limitado, ni es exclusivo de los médicos tratantes o de la especialidad del diagnóstico que motiva la condición de final de la vida”. (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, 2021, art. 8).

Dicho caso refleja, nuevamente, la barrera respecto a la ausencia de capacitación en el personal médico o administrativo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS). Asimismo, se puede analizar que, en el caso concreto al exigírsele una consejería espiritual, confluyen

las creencias personales con las obligaciones profesionales, lo que influye negativamente en la prestación del servicio, llevando a la violación directa de las normas al interpretarlas conforme a sus creencias personales e impidiendo que los pacientes ejerzan su derecho a la autonomía y, por ende, al de morir dignamente.

14.2.2. Limitación en la prestación con fundamento en estado de la enfermedad

La limitación en la prestación fundamentado por la fase de la enfermedad se da cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) o profesionales de la salud aducen el estado avanzado de la enfermedad como un impedimento u obstáculo para llevar a cabo el procedimiento de la eutanasia. Asimismo, alegan que no está en una etapa terminal de la enfermedad, para negar el procedimiento. Pese a que, en Colombia no existe un límite de edad o del estado de la enfermedad para solicitar el procedimiento de la eutanasia, el argumento es frecuente a la hora de denegar la prestación del servicio. El siguiente caso ilustrativo lo ejemplifica:

Caso ilustrativo: Negación por la falta de reconocimiento de la terminalidad

Otra paciente con osteoporosis severa, crónica e irreversible recibió la negativa del comité-interdisciplinario porque su enfermedad no era terminal (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2025).

Esta decisión contradice la jurisprudencia constitucional, puntualmente la sentencia C-233 de 2021, que amplía el acceso a la eutanasia a personas con enfermedades graves e incurables, sin exigir el requisito de la terminalidad, siempre que exista sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable. Exactamente en el apartado que señala:

Así las cosas, la Sala Plena concluye que la condición de enfermedad terminal efectivamente puede llevar al desconocimiento de la prohibición de someter a una persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes, puesto que: (i) imponer a una persona soportar el sufrimiento derivado de enfermedad o lesión grave e incurable implica someterla a tratos y penas

inhumanas, crueles y degradantes; (ii) no resulta justificable que una persona pueda elegir terminar su vida en esas condiciones cuando recibe el diagnóstico de enfermedad terminal, pero no cuando no lo tiene, pues en el primer caso, razonablemente, su sufrimiento se extenderá por un tiempo más corto que en el segundo; (iii) estos padecimientos intensos no suponen en realidad un beneficio para el bien jurídico de la vida, dadas las condiciones ya exigidas por el tipo penal (enfermedad grave e incurable que provoca intensos sufrimientos); (iv) en torno al sufrimiento y el dolor una vertiente considera que es posible identificar el dolor a partir de criterios objetivos, y otra lo describe como una experiencia esencialmente subjetiva; (v) la Sala respeta ambas corrientes, pero en el ámbito del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, existe una subregla que privilegia la dimensión subjetiva (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-233, 2021).

En tales circunstancias, se evidencia reiteradamente el desconocimiento jurídico en el personal administrativo, del médico tratante y del comité respecto a las actualizaciones jurisprudenciales realizadas por la Corte Constitucional. Hay que mencionar, además que el comité tomó la decisión de manera apresurada, toda vez que, entre sus facultades está permitido, conforme al parágrafo del artículo veinte ocho (28) lo siguiente:

En caso de duda razonable sobre las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia, el Comité podrá solicitar conceptos y evaluaciones adicionales, así como invitar a personas naturales o jurídicas cuyo aporte estime puede ser de utilidad para los fines encomendados al mismo (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, 2021).

14.2.3. El uso inconstitucional de la objeción de conciencia

El uso inconstitucional de la objeción de conciencia sucede cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) o profesionales de la salud incumplen las disposiciones legales relativas en la materia,

previamente analizado. Los siguientes casos ilustrativos mostrarán las barreras encontradas:

Caso ilustrativo: Objeción colectiva.

Juan fue diagnosticado con ELA en etapa terminal, por ello presentó su solicitud de eutanasia. Su EPS respondió que todos los médicos de la red eran objetores y, por lo tanto, no podía conformarse un comité (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2025).

Esta objeción colectiva, expresamente prohibida por la Corte, como se estudió anteriormente, denota una forma de neutralización institucional del derecho a morir dignamente, disfrazada de ejercicio legítimo de libertad de conciencia.

Caso ilustrativo: Negativa a recibir la solicitud.

En otro caso, un profesional de la salud se negó a registrar la solicitud de su paciente alegando objeción de conciencia, sin trasladarla a la institución ni permitir la activación del comité (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2025).

Está actuación impide el inicio del procedimiento y viola el deber institucional de garantizar rutas claras y trasladarlo a profesionales no objetores para dar continuidad al trámite. Asimismo, es una conducta poco profesional que la Corte Constitucional ha prohibido al personal que no tiene el deber legal de llevar a cabo el procedimiento.

En vista de las circunstancias señaladas, se evidencia de manera clara el desconocimiento de las normas y regulaciones que tiene la eutanasia. También, la inadecuada ponderación de los derechos de los objetores de conciencia contra el derecho a morir dignamente de los pacientes. Además, la poca sensibilización que recibe el personal que debe tramitar los procesos, con los dolientes.

Es claro que dicho desconocimiento de las normas regulativas de la materia y la jurisprudencia vinculante a los casos concretos vulnera los derechos de los pacientes y les impone unas barreras jurídicas en el acceso al derecho a morir

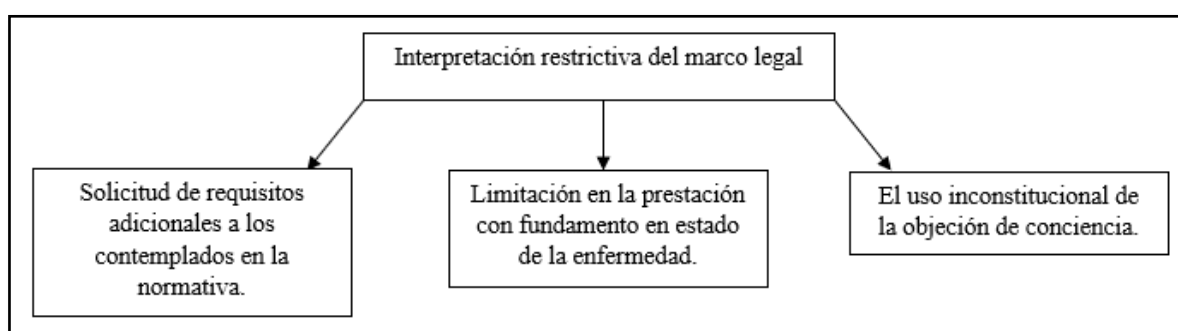
dignamente, también, unas cargas adicionales no contempladas que imposibilitan cumplir con la autonomía de cada paciente.

14.2.4. Resumen del subtema: interpretación restrictiva del marco legal

A continuación, se presentará un mapa conceptual que permitirá al lector ubicarse mejor en los temas tratados en el subtema respecto a la interpretación restrictiva del marco legal.

Mapa conceptual N° 1:

Figura 5 Resumen interpretación restrictiva del marco legal.



Nota: Elaboración propia.

14.3. Fallas estructurales en la prestación del servicio

En esta categoría se incluyen las barreras derivadas de la precariedad institucional, tales como: i) fallas de los profesionales de la salud, en la denegación de certificaciones y autorizaciones médicas, y ii) falta de protocolos internos que deriva en la falla del servicio.

14.3.1. Fallas de los profesionales de la salud, en la denegación de certificaciones y autorizaciones médicas.

Inicialmente, para analizar las certificaciones médicas se recurre a la Ley 23 de 1981 (norma en materia de ética médica), concretamente, en su artículo cincuenta (50), en el que se establece “El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico” (Ley 23, 1981, art. 50). Dicho de otro modo, la certificación es un requisito legal que tiene como finalidad que un profesional indique que existen condiciones específicas para

el paciente y que en el caso de la eutanasia le permite demostrar que dicho estado de salud se enmarca para acceder al derecho a una muerte digna.

Por lo que se refiere a la autorización, la Real Academia Española de la Lengua (RAE) lo define como: “1. f. Acción y efecto de autorizar. 2. f. Acto de una autoridad por el cual se permite a alguien una actuación en otro caso prohibida 3. f. Documento en que se hace constar una autorización” (párr. 1). Cabe señalar, que es un proceso administrativo que resulta necesario para la realización de exámenes o procedimientos que requieren autorización.

Aclarados los anteriores conceptos, la denegación de certificaciones y autorizaciones médicas se da cuando los profesionales del sector de la salud se niegan a entregar o recibir las certificaciones médicas que son necesarias para acceder a la eutanasia como, por ejemplo, aquellas que certifican una condición clínica como una enfermedad terminal, grave e incurable. Asimismo, cuando se niegan a activar el comité interdisciplinario y, por último, cuando no siguen el protocolo establecido respecto a los Documentos de Voluntad Anticipada (DVA).

Caso ilustrativo: desconocimiento de certificaciones previas.

María, con esclerosis múltiple avanzada y seguimiento en otra ciudad dentro de la red de su EPS, solicitó eutanasia. La EPS exigió nuevas valoraciones, desconociendo su historia clínica y los diagnósticos previos (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2025).

Esta barrera implica una evidente revictimización, una negación de validez probatoria a certificaciones médicas válidas y dilación en el acceso efectivo al procedimiento, extendiendo los sufrimientos de los solicitantes del proceso eutanásico, violando flagrantemente el artículo doce (12°) de la Constitución Política que establece “Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” (C.P., 1991, art. 12) y los pronunciamientos de la Corte Constitucional en los que se ha señalado la prohibición de los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

14.3.2. Falta de protocolos internos que deriva en la falla del servicio

La ausencia o deficiencia de protocolos internos en las instituciones de salud puede constituir una falla al servicio, al comprometer la calidad y oportunidad en la atención médica. Con respecto a la falla del servicio, se configura cuando una entidad pública no presta adecuadamente un servicio que le es propia, ya sea por acción u omisión, generando un daño antijurídico a los pacientes. Dicha responsabilidad se fundamenta en el artículo noventa (90) de la Constitución Política, que establece: “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas” (C.P., 1991, art. 90).

En el ámbito de la salud, la falta de protocolos puede manifestarse en la omisión de procedimientos esenciales para la atención de los pacientes. Por ejemplo, el Consejo de Estado ha señalado que la omisión en la aplicación de protocolos médicos establecidos puede generar una falla del servicio. En la sentencia con radicado 25000-23-26-000-2000-01293-01(27522) del 8 de mayo de 2013, se indicó que no aplicar los protocolos establecidos para procedimientos médicos genera una falla del servicio derivada de la conducta culposa del profesional de la salud. En dicho caso, se ordenó al Hospital Militar Central adelantar los procedimientos necesarios para reconstruir el seno de una mujer que sufrió su extirpación sin que la presencia de cáncer en su organismo lo requiera, evidenciando la importancia de seguir los protocolos médicos para evitar daños a los pacientes.

Asimismo, la Corte Constitucional ha reiterado que la omisión de informar al paciente sobre las condiciones y consecuencias del acto médico constituye una falla del servicio. En este sentido, la Sentencia T-018 de 2023, se afirmó que:

Así, la falta de consentimiento previo e idóneo es un elemento constitutivo de falla del servicio en tanto comporta el incumplimiento de un deber legal y por lo tanto la carga de la prueba del adecuado cumplimiento de tal obligación radica exclusivamente en la entidad prestadora del servicio (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-018, 2023).

Caso ilustrativo: falta de ruta institucional.

Juan, paciente con Parkinson, contactó a su EPS y varias IPS. Todas manifestaron no contar con ruta para eutanasia. La EPS recibió la solicitud por escrito, pero nunca emitió respuesta formal (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, 2025). Esta omisión vulnera el derecho al debido proceso administrativo y evidencia una falla estructural en la implementación de la política pública de muerte digna.

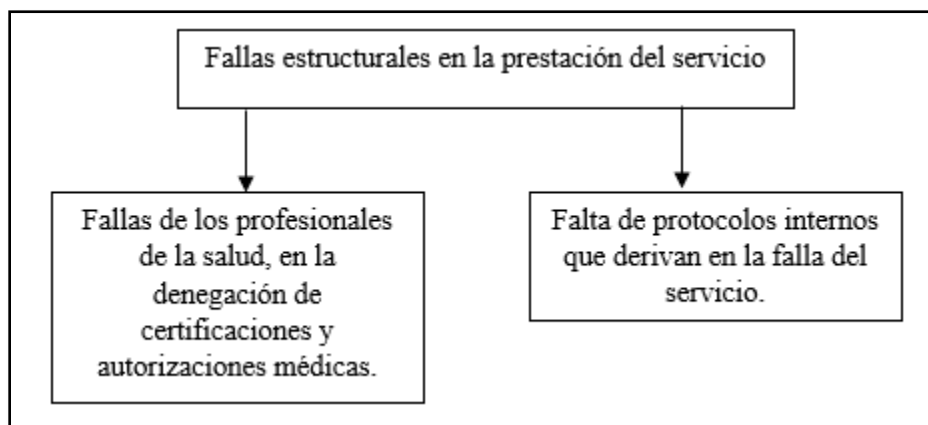
Este caso ejemplifica cómo la ausencia de protocolos internos claros y la falta de respuesta por parte de las entidades de salud pueden constituir una falla del servicio, al impedir el acceso efectivo a derechos fundamentales como la muerte digna.

14.3.3. Resumen subtema: fallas estructurales en la prestación del servicio

A continuación, se presentará un mapa conceptual que permitirá al lector ubicarse mejor en los temas tratados en el subtema respecto a las fallas estructurales en la prestación del servicio.

Mapa conceptual N° 2:

Figura 6. Resumen fallas estructurales en la prestación del servicio.



Nota: elaboración propia.

14.4. Ausencia de legislación específica

Pese al avance jurisprudencial, Colombia, en la actualidad, carece de una ley estatutaria que regule de forma integral el derecho a morir dignamente mediante la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Conviene subrayar, que el artículo 152 de la Constitución Política establece

Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias: a) Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección; b) Administración de justicia; c) Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales; d) Instituciones y mecanismos de participación ciudadana; e) Estados de excepción. f) Adicionado. A.L. 2/2004, art. 4º. La igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República que reúnan los requisitos que determine la ley (C. P., 1991, art. 152).

Dicho de otro modo, los derechos fundamentales deben protegerse y reglamentarse por medio de leyes estatutarias.

Se debe agregar que, la omisión legislativa ha generado múltiples consecuencias negativas, tales como:

14.4.1. Inseguridad jurídica para prestadores y usuarios

La falta de reglamentación clara genera incertidumbre tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes que desean acceder a estos procedimientos. La Corte Constitucional ha señalado que “Para la Sala es muy importante indicar que **aún hoy es imprescindible la regulación mencionada**, pero es consciente de que la ausencia de la ley estatutaria no puede llevar a la ineficacia de los mandatos superiores de la Constitución Política” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-233, 2021).

14.4.2. Desigualdad territorial en la implementación del procedimiento

La inexistencia de una regulación uniforme provoca disparidades en la aplicación de la eutanasia en diferentes regiones del país. Tomando como ejemplo, el caso de

la sentencia T-445 de 2024, mediante el cual, el comité científico interdisciplinario de la Fundación Valle de Lili (un hospital universitario con sede principal en Cali) negó el procedimiento de la eutanasia con fundamento en dos razones que la Corte cataloga como “inadmisibles desde el punto de vista constitucional” (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-445, 2024). Dichas razones fueron: i) no presenta signos terminales o de agonía y ii) el especialista en psiquiatría consideraba que el cuadro doloroso modificaba su capacidad de decisión y señalando que no podía tomar la decisión de la eutanasia.

Este caso reciente, evidencia cómo en ausencia de una legislación estatutaria clara, las instituciones de salud pueden aplicar criterios dispares, generando desigualdades en el acceso al derecho a morir dignamente, especialmente, en las regiones.

14.4.3. Falta de estandarización de protocolos y rutas

Sin una ley que establezca procedimientos claros, las instituciones de salud carecen de directrices uniformes para atender las solicitudes de muerte digna. Por lo anterior, la Corte Constitucional haciendo referencias al derecho comparado, señaló:

Lo que se buscó fue que los médicos supieran con certeza cuándo estaban cometiendo un delito, de manera que no solo se vieran beneficiados ellos sino también los enfermos. Así las cosas, al reglamentar el procedimiento de forma más clara y precisa, los galenos, siguiéndolo, tendrían la tranquilidad de no estar cometiendo una actividad ilícita y regulada. Igualmente, gracias a esa regulación los enfermos no estarían sujetos a la buena voluntad del médico, sino a la exigencia de sus derechos fundamentales (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970, 2014).

Este fragmento evidencia cómo la falta de una normativa clara genera incertidumbre tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes, afectando la garantía efectiva del derecho a morir dignamente.

14.4.4. Carga excesiva sobre la Corte Constitucional como legislador de facto

Ante la omisión legislativa por parte del Congreso, la Corte ha tenido que asumir un rol protagónico en la regulación de este derecho, revisando y emitiendo sentencias, tanto de tutela como de demandas de inconstitucionalidad, para llenar el vacío normativo. En todas las sentencias desde 1997 se ha exhortado al congreso para que legisle la materia, dado que existe un reconocimiento del derecho fundamental que el poder legislativo no puede negar de manera alguna. Aun así, es relevante destacar, que en la Sentencia T-970 de 2014 se enfatiza que “la garantía y efectividad de los derechos no depende exclusivamente de la voluntad del legislador” (p. 30).

Caso ilustrativo; Sentencia T-970 de 2014

Julia, una paciente con una enfermedad terminal desarrollada desde el 2008 y con un diagnóstico de progresión avanzada que dificultaba su estado funcional y calidad de vida, a partir del 2013 solicitó al médico tratante la práctica del procedimiento de la eutanasia. Frente a este el médico de forma verbal expresó “la eutanasia es un homicidio que no podía consentir”. Tras interponer acción de tutela, con el fin de que la EPS acogiera su voluntad, en la contestación, la EPS expresó que no había vulnerado ningún derecho fundamental, solicitando negar la tutela porque no cumplía con los requisitos y alegando una falta de regulación normativa. Asimismo, el Juzgado Décimo Civil Municipal de Medellín resolvió no tutelar los derechos fundamentales y exhorto al congreso a regular la materia. Mediante recurso de revisión, la Corte Constitucional, realizó el icónico pronunciamiento. No obstante, la señora Julia falleció sin poder acceder a su derecho fundamental.

Esta situación configura una omisión inconstitucional, reiteradamente advertida por la Corte, como en la sentencia anteriormente mencionada, es decir, Sentencia T-970 de 2014, donde se instó al congreso a expedir una ley estatutaria que desarrolle el derecho a morir dignamente. Hasta la fecha, esta obligación sigue incumplida, por múltiples factores que se abordarán a continuación:

Razones por las cuales el Congreso de Colombia ha optado por no legislar la eutanasia:

Son diversos los factores que han influido en la falta de legislación específica sobre la eutanasia en Colombia, entre ellos podemos mencionar:

- Motivos políticos:

El costo político que puede representar apoyar una ley sobre eutanasia es alto, especialmente, en un país con una tradición conservadora. Muchos congresistas temen perder apoyo electoral si respaldan una legislación que podría ser impopular entre ciertos sectores de la población. A la fecha, el Congreso ha archivado en diversas ocasiones, los distintos proyectos de Ley Estatutaria que se han presentado desde que se despenalizó el procedimiento en 1997. La más reciente fue mediante “el Proyecto de Ley Estatutaria N° 014 de 2024 Cámara por medio de la cual se regula el acceso al derecho fundamental a la muerte digna bajo la modalidad de muerte médicamente asistida y se dictan otras disposiciones”, refiriéndose a la eutanasia (Cámara de Representantes, 2025). El archivo del proyecto estuvo respaldado mayoritariamente por los legisladores de las bancadas del Partido Conservador, Centro Democrático y los que tienen una orientación cristiana (Calero, 2025).

Asociado con lo anterior, la Corte mediante sus sentencias ha exhortado al congreso en múltiples fallos a legislar sobre la materia, sin obtener una ley estatutaria concreta. Dicha afirmación, se puede constatar en el resuelve de la sentencia T-445 de 2024 que expresa:

Sexto.- Reiterar los exhortos al Congreso de la República efectuados por esta Corporación, entre otras, en las sentencias C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, C-233 de 2021 y T-239 de 2023 para que, en desarrollo de su potestad de configuración normativa, avance en la protección de una muerte digna, con miras a eliminar las barreras aún existentes para el libre ejercicio de la

autodeterminación de las personas en aplicación de sus derechos fundamentales a una vida digna y al libre desarrollo de la personalidad y al respeto de la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-445, 2024).

- **Motivos culturales y religiosos:**

Colombia es un país con una fuerte influencia religiosa, principalmente católica, lo cual impacta significativamente en la percepción social y política sobre temas como la eutanasia. De igual modo, la fuerte influencia de sectores religiosos y con la clase política conservadora ha sido determinante en la falta de legislación sobre la eutanasia. Estos grupos han ejercido una fuerte presión política para frenar iniciativas que buscan regular el derecho a morir dignamente.

Por ejemplo, en 2020, se promovió un proyecto de Ley para la creación de la “Comisión Legal Provida” con el objetivo de contrarrestar proyectos relacionados con el aborto y la eutanasia. Además, en debates legislativos, varios congresistas han manifestado su oposición a la eutanasia basándose en principios religiosos:

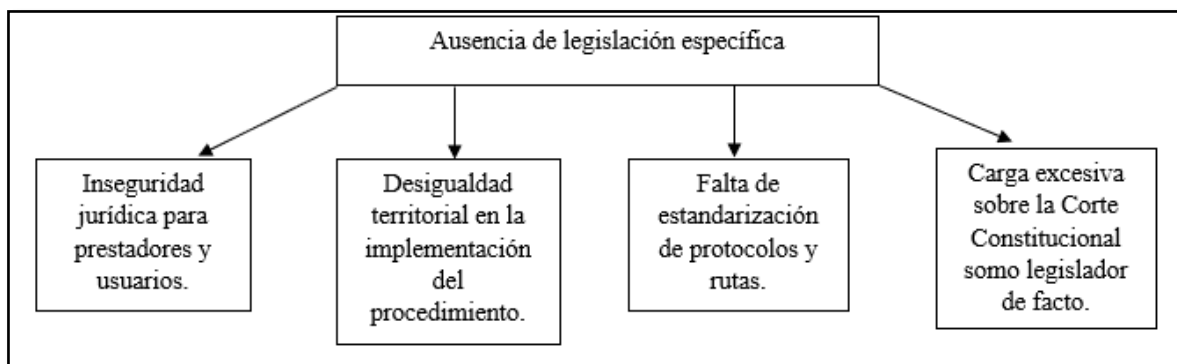
Uno de los principales opositores del proyecto fue el representante conservador y cristiano, Luis Miguel López, quien, tras el archivo, manifestó que es necesario que se “fortalezcan los cuidados paliativos; y hay que acompañar a los pacientes psicológicamente ... **Todos vamos a llegar a la muerte, pero lo que hay que decidir es por la vida y que nos vayamos naturalmente** (Duarte, 2025, p. 5).

14.4.5. Resumen subtema: Ausencia de legislación específica

A continuación, se presentará un mapa conceptual que permitirá al lector ubicarse mejor en los temas tratados en el subtema respecto a la ausencia de legislación específica.

Mapa conceptual N° 3:

Figura 7. Resumen ausencia de legislación específica.



Nota: Elaboración propia.

14.5. Tabla de síntesis: tipos de barreras, ejemplos y normas vulnerados

Tabla 4. Tipos de barreras y normatividad vulnerada.

Categoría de barrera	Subcategorías	Ejemplo ilustrativo	Norma vulnerada
Desconocimiento del marco legal.		IPS niega activar comité por desconocimiento.	C-239/97; T-970/14; Res. 971/21.
Interpretación restrictiva del marco legal.	1. Solicitud de requisitos adicionales a los contemplados en la normativa. 2. Limitación en la prestación con fundamento en estado de la enfermedad. 3. El uso inconstitucional de la objeción de conciencia.	1. Exigencias de valoraciones no previstas. 2. El comité interdisciplinario niega solicitud, dado que, la enfermedad no era terminal. 3. EPS respondió que todos los médicos de la red eran objetores y no podían conformar comité.	Res. 971/21; C-233/21; C-274/16; T-388/09; T-423/17.
Fallas estructurales en la prestación del servicio	1. Fallas de los profesionales de la salud, en la denegación de certificaciones y autorizaciones médicas. 2. Falta de protocolos internos que deriva	1. La EPS desconociendo certificaciones previas, exigió nuevas valoraciones, desconociendo su historia clínica y los diagnósticos previos.	C-239/97; T-970/14; Art. 12 Constitución Política; T-423/17, Res. 971/21.

	en la falla del servicio.	2. IPS sin protocolo ni ruta para eutanasia.	
Ausencia de legislación específica		Ausencia de ley estatutaria	Art. 152 CP; T-970/14.

Nota: Elaboración propia.

14.6. Conclusiones del capítulo

Los casos ilustrados y las barreras identificadas permiten concluir que el acceso a la eutanasia en Colombia se encuentra limitado por obstáculos estructurales que van más allá del marco constitucional. Pese a los avances jurisprudenciales, la implementación del derecho a morir dignamente dista de ser una garantía efectiva para quienes lo requieran.

Las barreras documentadas vulneran los derechos fundamentales como la dignidad humana, la autonomía, el acceso a la salud, la igualdad y el debido proceso. Además, perpetúan patrones institucionales de denegación, dilación injustificada y revictimización. La situación exige acciones articuladas por parte del Estado colombiano, las instituciones del sistema de salud y la sociedad civil.

Para avanzar en la garantía de este derecho, recomendamos:

1. Expedir una Ley Estatutaria que regule de manera integral las prestaciones específicas para morir.
2. Fortalecer la formación del personal de salud en bioética y el derecho fundamental a morir dignamente.
3. Sancionar el uso indebido de la objeción de conciencia.
4. Crear rutas institucionales claras y públicas para el acceso al procedimiento.

Solo mediante la superación de estas barreras jurídicas e institucionales, el derecho a morir dignamente podrá convertirse en una opción real, efectiva y universal en Colombia.

15. CAPÍTULO SÉPTIMO: RESULTADOS.

Este capítulo desarrolla los hallazgos obtenidos tras la aplicación de una metodología jurídico-hermenéutica, con aplicación del modelo propuesto por López Medina en *El Derecho de los Jueces*, en la jurisprudencia nacional, revisión doctrinal y el estudio de casos ilustrados entregados por la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD). El estudio se enfocó en identificar los obstáculos jurídicos que enfrenta el ejercicio pleno del derecho fundamental a morir dignamente en Colombia, a través de sus prestaciones específicas para morir: la eutanasia y la asistencia médica al suicidio.

15.1. Reconocimiento jurisprudencial del derecho a morir dignamente y la omisión legislativa

El primer hallazgo es que el derecho fundamental a morir dignamente en Colombia ha sido configurado de forma más amplia y significativa a través de la jurisprudencia constitucional, sin el respaldo de una ley estatutaria que desarrolle de manera integral los procedimientos, requisitos, garantías y controles asociados. Dicha omisión legislativa ha obligado a la Corte Constitucional a asumir una posición de legislador en un gran número de los casos estudiados.

Desde la sentencia C-239 de 1997, en la cual se despenaliza la eutanasia, hasta la más reciente sentencia C-164 de 2022, que reconoce como constitucionalmente legítima la asistencia médica al suicidio, se ha producido una evolución jurisprudencial progresiva en términos de contenido sustancial del derecho. No obstante, este desarrollo no ha sido acompañado por una articulación administrativa robusta, ni por una respuesta institucional coherente.

La ausencia de legislación por medio de una ley estatutaria es un obstáculo estructural que incide directamente en la seguridad jurídica de los pacientes, las instituciones prestadoras de salud, las instituciones promotoras de salud y el personal médico. El ejercicio del derecho se encuentra supeditado a lo que decida cada juez constitucional y a la interpretación de las directrices administrativas, lo cual genera desigualdades territoriales y respuestas arbitrarias al derecho a morir dignamente.

15.2. Obstáculos normativos: Ausencia de un marco legal integral y reglamentaciones inconsistentes

El segundo hallazgo está relacionado con las barreras normativas. Pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido diversas resoluciones administrativas – por orden de la Corte Constitucional –, como las resoluciones 1216 de 2015, la 825 de 2018 y la 971 de 2021, estas han sido fragmentadas y/o parciales, en muchos casos reactivas frente a fallos de tutela. No existe un marco legal unificado que articule la eutanasia, la asistencia médica al suicidio y los cuidados paliativos como parte de una política pública coherente de final de vida.

Tampoco hay un marco sancionatorio claro frente a las instituciones que niegan o aplazan de manera injustificada el procedimiento, lo que permite que muchas entidades utilicen estrategias dilatorias o burocráticas sin consecuencia alguna. A esto se suma la inexistencia de rutas de atención claras para la asistencia médica al suicidio, a pesar de su despenalización por vía jurisprudencial.

15.3. Obstáculos institucionales: Objeción de conciencia, omisiones administrativas y debilidad en el control

Uno de los hallazgos más significativos está relacionado con el uso inconstitucional de la objeción de conciencia institucional. A pesar de que la Corte Constitucional ha dejado claro que dicha figura no existe, en la práctica muchas entidades y funcionarios se niegan a practicar la eutanasia con base en sus convicciones religiosas o ideológicas.

Lo anterior implica una violación directa del principio de laicidad del Estado, el principio de igualdad ante la ley, y el deber de garantía efectiva de los derechos fundamentales. En estos casos, los usuarios se ven obligados a interponer acciones de tutela o a trasladarse a otras ciudades o instituciones, prolongando el sufrimiento y generando revictimización.

Por su parte, las entidades encargadas de vigilar y sancionar estas prácticas – como la Superintendencia Nacional de Salud – no han actuado con contundencia frente a estas irregularidades. No existe un sistema público de seguimiento, inspección o

sanción frente al incumplimiento de las directrices constitucionales y administrativas en materia del derecho fundamental a morir dignamente.

Además, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha creado canales específicos ni protocolos diferenciados para pacientes con patologías mentales, sufrimiento existencial o enfermedades no terminales, a pesar de que la Corte ha reconocido que estos también pueden ser sujetos de este derecho. Esta omisión refuerza una visión biomédica restrictiva que excluye a poblaciones vulnerables del ejercicio efectivo de su autonomía.

15.4. Obstáculos procesales: Judicialización sistemática y tutela como única vía de acceso al derecho a morir dignamente

Otro hallazgo central es la judicialización del derecho a morir dignamente. Aun cuando se trata de un derecho reconocido expresamente por la Corte constitucional, muchos ciudadanos deben acudir a la acción de tutela para hacerlo efectivo. Esto implica una carga adicional para el solicitante y revela el déficit estructural del Estado colombiano en la garantía de derechos fundamentales sin mediación judicial.

Los procedimientos para acceder al derecho a morir dignamente, en sus prestaciones específicas para morir, se encuentran tan burocratizados que, en la práctica la vía judicial se convierte en el único medio para evitar demoras injustificadas, objeciones abusivas, juntas médicas innecesarias o negaciones arbitrarias. Esto contraría el principio de inmediatez del acceso a derechos y transforma a la tutela en un instrumento rutinario, cuando debería ser un mecanismo excepcional.

15.5. Obstáculos socioculturales: estigmatización, desconocimiento y barreras simbólicas

Por último, el análisis también permitió identificar obstáculos de carácter simbólico y cultural. Las prestaciones específicas para morir –eutanasia y asistencia médica al suicidio– siguen siendo altamente estigmatizados, incluso dentro del personal médico. Muchos profesionales temen implicaciones legales, sanciones disciplinarias o represalias institucionales. Asimismo, existe desinformación

generalizada tanto en usuarios –solicitantes y familiares– como en funcionarios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras del Servicio (IPS) sobre los procedimientos, derechos y rutas.

La educación médica en Colombia no ha incorporado de manera estructural la bioética del final de la vida, tanto en la formación como en la práctica profesional, lo que genera actitudes paternalistas, resistencias o negaciones injustificadas. La muerte digna sigue siendo vista por algunos como un “favor” o una “excepción” y no como una expresión legítima de la autonomía y la dignidad humana.

La investigación permitió concluir que el derecho fundamental a morir dignamente, en la modalidad de prestaciones específicas para morir, aunque reconocido y desarrollado de forma amplia por la Corte Constitucional, enfrenta serias barreras estructurales que impiden la implementación efectiva en Colombia. La Corte ha asumido un papel activo como legislador de facto, ante la omisión persistente del legislador.

No obstante, la garantía plena del derecho exige más que doctrina jurisprudencial, tal y como se señaló previamente, se requiere una acción decidida del Congreso, una regulación administrativa articulada, un control efectivo de las instituciones de salud y, por último, una transformación cultural que ponga en el centro la dignidad humana como valor rector del orden constitucional.

16. CAPÍTULO OCTAVO: IMPACTO SOCIO-JURÍDICO Y ACTIVIDADES DE DIVULGACIÓN.

La finalidad de este capítulo es exponer el impacto socio-jurídico que se espera derive de la investigación y documenta las actividades de divulgación realizadas con el fin de traducir los hallazgos académicos en herramientas prácticas para legisladores, profesionales de la salud y la ciudadanía en general. Dicho propósito se enmarca directamente en los objetivos y la justificación del estudio, que plantean contribuir al debate académico, legislativo y social y ofrecer herramientas conceptuales y normativas útiles para médicos, juristas, legisladores y, en general, a la ciudadanía.

16.1. Impacto jurídico y aporte para la labor del legislador:

La investigación aporta evidencia sistematizada sobre los vacíos normativos y las consecuencias prácticas de la ausencia de una regulación estatutaria integral. Al identificar y clasificar las barreras (ausencia de ley, heterogeneidad de resoluciones administrativas, inseguridad jurídica para prestadores y usuarios), el estudio provee a los legisladores un instrumento concreto de diagnóstico y una base argumental para la formulación de una ley estatutaria que unifique criterios, fije procedimientos y establezca mecanismos sancionatorios y de vigilancia. La monografía documenta explícitamente la carga normativa que hoy recae sobre la Corte Constitucional y la necesidad de que el Congreso asuma una función normativa resolutive en la materia.

Entre los aportes prácticos para el legislador se encuentra un listado de lagunas normativas y sus efectos (inseguridad jurídica, desigualdad territorial, judicialización). Asimismo, recomendaciones derivadas de la jurisprudencia y de los casos ilustrados para incorporar reglas claras sobre requisitos, comités interdisciplinarios y régimen sancionatorio.

16.2. Impacto institucional y utilidad para profesionales de la salud:

El trabajo documenta, desde la práctica y la jurisprudencia, los efectos perniciosos del uso indebido de la objeción de conciencia y la ausencia de rutas y protocolos estandarizados en EPS e IPS. Esa evidencia permite a directivos hospitalarios, colegios de médicos y autoridades de salud diseñar políticas institucionales que aseguren la disponibilidad de profesionales no objetores, protocolos operativos y mecanismos de reemplazo sin dilaciones, así como programas de formación en bioética del final de la vida. La investigación resalta la omisión de la Superintendencia de Salud en su rol de vigilancia, lo que ofrece un insumo para que las autoridades mejoren instrumentos de supervisión y sanción.

Dentro de los aportes prácticos para el sector de la salud está una propuesta de medidas administrativas para garantizar reemplazos y respuesta oportuna frente a objeciones. De igual manera, el sustento jurídico para la elaboración de protocolos

internos (comités interdisciplinarios, criterios de evaluación, documentación clínica) y para la formación en bioética clínica.

16.3. Impacto en la ciudadanía; empoderamiento y acceso a instrumentos jurídicos:

La investigación no sólo diagnostica barreras; tiene una vocación pedagógica. En el texto se expresa la intención de ofrecer herramientas útiles a la ciudadanía para que conozca sus derechos y los instrumentos procesales disponibles (p. ej., tutela, derecho de petición, documento de voluntad anticipada) en contextos donde les impide el acceso al procedimiento. Esa orientación busca disminuir la asimetría informativa que actualmente obstaculiza el ejercicio de la autonomía y proteger a las personas frente a denegaciones o dilaciones injustificadas.

La documentación del fenómeno de la desinformación entre usuarios y funcionarios —y la constatación de prácticas institucionales que revictimizan— fundamenta la necesidad de estrategias de alfabetización jurídica y sanitaria para la población general.

16.4. Actividades de divulgación realizadas por los autores:

Como parte de la estrategia de transferencia de conocimiento y sensibilización, se elaboraron materiales divulgativos dirigidos a distintos públicos con el objetivo de tornar comprensibles los derechos, los requisitos y los mecanismos de protección. En particular:

Tres folletos informativos; diseñados en lenguaje accesible:

1. *¿Qué es la muerte digna?* — Explicación general del concepto y sus dimensiones (cuidados paliativos, adecuación de esfuerzo terapéutico, prestaciones específicas para morir).
2. *Eutanasia y Asistencia Médica al Suicidio* — Diferencias conceptuales, requisitos procedimentales y derechos asociados.
3. *Derecho a morir dignamente — lenguaje para niños* — Material adaptado para audiencias infantiles y familias, con lenguaje y recursos pedagógicos acordes.

Pancarta informativa: Se diseñó y entregó a la Facultad de Derecho de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca una pancarta que resume, de forma sintética y visual, el contenido esencial sobre el derecho a una muerte digna y los resultados principales de la investigación, con el objetivo de fomentar la discusión y el acceso a la información dentro del espacio universitario.

Estos materiales complementan el aporte académico del estudio y responden a la identificación, dentro del propio trabajo, de la necesidad de pedagogía jurídica y de salud para vencer estigmas y desconocimiento.

16.5. Anexos:



Ilustración 1



Ilustración 2

Nota: Elaboración propia.

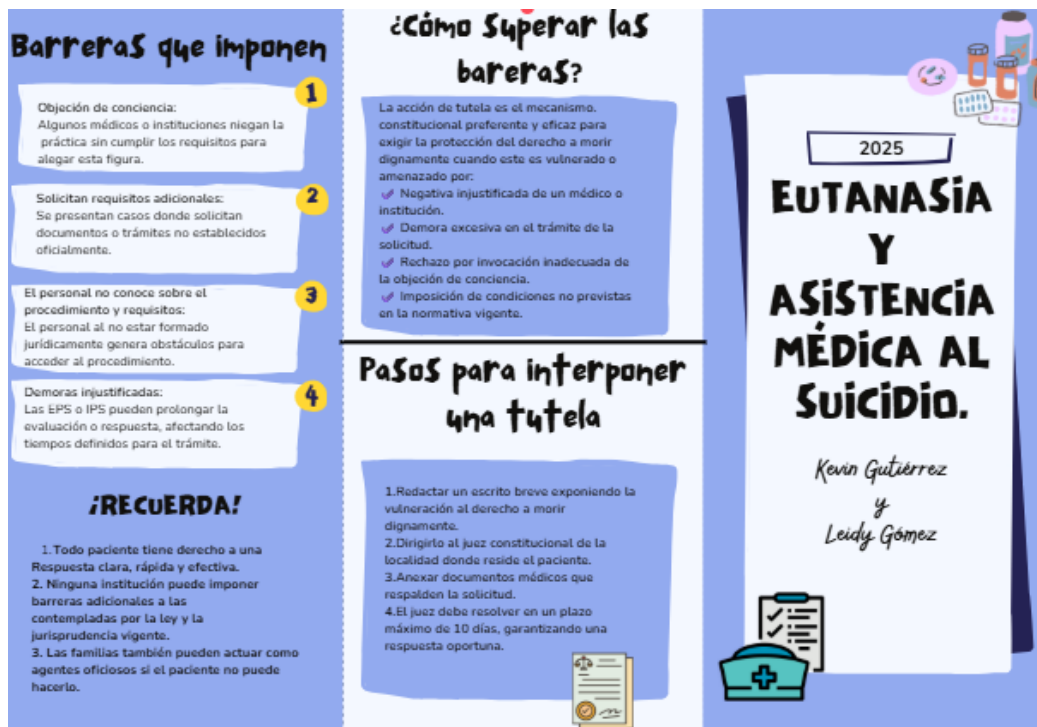


Ilustración 3

Concepto de eutanasia

La eutanasia es una práctica médica en la cual un profesional de la salud administra de manera directa un medicamento para producir la muerte de una persona que padece una enfermedad grave, incurable y que genera sufrimiento físico o psíquico insoportable. es una manifestación concreta del derecho fundamental a morir dignamente, en su dimensión de prestación específica para morir.



Concepto de ASISTENCIA Médica al Suicidio

En el suicidio médicamente asistido, el profesional de la salud proporciona al paciente los medios (generalmente fármacos) para que sea este mismo quien, de manera libre y voluntaria, los consuma con el fin de poner fin a su vida. El médico personal no realiza la acción final, pero sí garantiza la seguridad y legalidad del procedimiento. Además, complementa la dimensión específica para morir.



Diferencias entre eutanasia y asistencia médica al Suicidio

Aspecto	Eutanasia	Asistencia Médica al Suicidio
Quién realiza el acto final	Profesional de la salud	El paciente o paciente
Intervención médica directa	Sí	No
Provisión de medios	Médico asistencial del paciente	Médico otorga el fármaco
Aplicación en Colombia	No	Permitida

Requisitos generales

1. Consentimiento libre, informado y reiterado. La decisión debe ser personal, consciente, sin presiones de terceros y debe expresarse por escrito.
2. Diagnóstico de enfermedad grave e incurable o condición de sufrimiento insoportable: Debe existir un dictamen médico que certifique la gravedad de la enfermedad y la imposibilidad de tratamiento curativo.
3. Evaluación por un Comité Científico Interdisciplinario: Est e comité verifica que el paciente cumpla los requisitos médicos, éticos y jurídicos para acceder al procedimiento.
4. Capacidad mental suficiente del solicitante: Se debe garantizar que la persona comprende plenamente el alcance de su decisión.
5. En menores de edad: Se exige evaluación de autonomía progresiva concepto psicológico y consentimiento de los padres o representantes legales según el caso.

Ilustración 4

Nota: Elaboración propia.

LO MÁS IMPORTANTE ES QUE

1. Tú decides si quieres seguir con tratamientos o descansar.
2. Tus papás y doctores siempre estarán contigo.
3. Tú voz es la más importante.
4. Nunca estarás solo o sola en el proceso.

¡SIEMPRE RECUERDA!

Lo más valioso eres tú y lo que sientes. Por eso todos queremos escucharte y cuidarte para que estés tranquilo, sin dolor y con mucho amor.

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Kevin Gutiérrez & Leidy Gómez



PREGUNTAS QUE PUEDES TENER

¿Me van a obligar?
¡Nunca! Esto solo se hace si tú quieres y todos están de acuerdo.

¿Va a doler?
No. Los doctores hacen todo para que sea sin dolor y con cuidado.

¿Puedo cambiar la idea?
Sí. Si cambias de opinión, puedes decirlo y no se hace nada.

¿Por qué me preguntan a mí?
Porque tú opinión es la más importante, nadie decide por ti sin escucharte.

¿Esto es porque no me quieren?
¡No! Es porque te quieren mucho y no quieren que sufras más si no hay medicina que pueda curarte.





Ilustración 5



Ilustración 6

Nota: Elaboración propia.

2025

Kevin Gutiérrez & Leidy Gómez

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE: UNA GARANTÍA CONSTITUCIONAL DE AUTONOMÍA Y DIGNIDAD HUMANA



¿QUÉ ES EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE?

El derecho a morir dignamente en Colombia, de acuerdo con la Corte Constitucional, busca garantizar que alguien pueda optar por dejar de vivir una vida con sufrimientos y dolores intensos, es un derecho fundamental y autónomo que se desprende de la dignidad humana y la autonomía individual y, por lo tanto, goza de las mismas características y atributos de las demás garantías constitucionales.

REQUISITOS PARA ACCEDER A LAS PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA MORIR

Conforme a los lineamientos normativos actuales, los requisitos para acceder a las prestaciones específicas para morir dignamente son:

- Enfermedad grave e incurable o sufrimiento intenso.
- Consentimiento informado, libre y reiterado del paciente.
- Valoración por Comité Científico Interdisciplinario.
- Capacidad mental para comprender la decisión.
- En menores de edad se requiere una evaluación de autonomía progresiva y en menores de 14 años el consentimiento de padres o representantes.

BARRERAS ENCONTRADAS

Como resultado de la tesis titulada **"OBSTÁCULOS JURÍDICOS EN EL ACCESO AL DERECHO FUNDAMENTAL A UNA MUERTE DIGNA EN COLOMBIA, EN SU MODALIDAD DE PRESTACIONES ESPECÍFICAS PARA MORIR"** se encontraron los siguientes obstáculos para acceder al derecho a morir dignamente:

- Falta de legislación por medio de una ley estatutaria que regule todo lo relacionado con el derecho a morir dignamente.
- Requisitos adicionales no exigidos por la normativa vigente.
- Objeción de conciencia invocada sin justificación válida.
- Demoras injustificadas en el proceso de evaluación y respuesta.
- Desconocimiento de protocolos por parte de médicos y EPS.

Dimensiones constitucionales del derecho a morir dignamente:

La muerte digna no simplemente se materializa con la muerte de las personas, dado que, estas pueden optar por materializar este derecho con alguna de las siguientes dimensiones o formas:

-Cuidados paliativos:

Los cuidados paliativos son un enfoque para la prevención y el alivio del dolor en pacientes con enfermedades terminales, crónicas y degenerativas e irreversibles, como se define en la Ley 1733 de 2014 regulan los servicios de cuidados paliativos - "El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal"

-Limitación del esfuerzo terapéutico:

Es una medida médica que busca evitar los tratamientos insignificantes para que "el paciente que padece una enfermedad en fase terminal o crónica, degenerativa e irreversible, con alto impacto en la calidad de vida,^[54] por sí mismo, o a través de interpuesta persona, desiste anticipadamente de tratamientos médicos innecesarios que no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o que no sirven al mejor interés del paciente y no representen una vida digna para éste, dando paso a que el proceso de la enfermedad hacia la muerte siga su curso natural."^[55]

-Prestaciones específicas para morir dignamente:

En esta dimensión se encuentran las opciones de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, donde la persona solicita de forma consciente ayuda para morir de manera tranquila, sin dolor y respeto a su decisión. La Corte Constitucional ha sentenciado que "mientras en la eutanasia el sujeto activo no se confunde con el pasivo, en la segunda el galeno proporciona todos los medios necesarios para que el enfermo termine por sí mismo con su vida.

ACCIÓN DE TUTELA COMO MECANISMO PARA CORREGIR DICHAS BARRERAS

A raíz de la investigación realizada en la tesis XXX se concluye que el único mecanismo para corregir dichas barreras es la tutela porque:

- Tiene un procedimiento ágil y eficaz para proteger derechos fundamentales.
 - Permite exigir a los médicos e instituciones el cumplimiento oportuno del derecho a morir dignamente, evitando dilaciones, imposiciones religiosas o barreras administrativas.
 - Garantiza los derechos fundamentales de los pacientes a la muerte digna, autonomía y dignidad humana.
- Además, la Corte en la sentencia XX señaló que para presentar este mecanismo constitucional no es necesario satisfacer todos los requisitos entendiendo la naturaleza del derecho y...

Llamado a la reflexión:

El derecho a morir dignamente no es una concesión del sistema de salud, es una manifestación suprema de los derechos a la libertad, dignidad humana y autonomía. Como juristas en formación, tenemos la responsabilidad de garantizarlo, no de negarlo. Asimismo, resulta imperativo luchar por todos los medios posibles contra las barreras que se le impongan a este derecho fundamental.

Ilustración 7

Nota: Elaboración propia.

16.6. Cierre; contribución socio-jurídica de la investigación:

En conjunto, la investigación produce un doble aporte: (i) un diagnóstico jurídico riguroso que identifica las barreras normativas e institucionales que impiden el ejercicio efectivo del derecho a morir dignamente; y (ii) un conjunto de instrumentos prácticos de divulgación y pedagogía dirigidos a legisladores, profesionales de la salud y ciudadanía para facilitar el conocimiento y la exigibilidad de ese derecho. Ambos componentes son complementarios: sin la evidencia técnica, las reformas pierden soporte; sin la pedagogía, las reformas corren el riesgo de quedarse en letra muerta por falta de comprensión y apropiación social. La investigación, por tanto, articula conocimiento y acción, y propone una hoja de ruta para que el derecho constitucional se traduzca en efectos reales en la vida de las personas.

17. CONCLUSIONES GENERALES:

La investigación desarrollada permite concluir que, aunque Colombia ha sido pionera en América Latina en el reconocimiento jurisprudencial del derecho a morir dignamente, la materialización de este derecho en la práctica sigue enfrentando obstáculos de carácter jurídico, institucional y sociocultural. Desde la sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional reconoció la eutanasia como una de las prestaciones específicas para morir, y desde entonces ha ampliado gradualmente el alcance de este derecho, incorporando la posibilidad del suicidio médicamente asistido y flexibilizando requisitos como la terminalidad de la enfermedad. No obstante, dichos avances se han consolidado principalmente a través de decisiones judiciales y resoluciones administrativas, en ausencia de una legislación estatutaria integral que garantice la seguridad jurídica y la igualdad en el acceso.

En el análisis jurisprudencial se evidenció que el reconocimiento formal del derecho a morir dignamente ha sido constante, pero su aplicación práctica presenta serias dificultades. La falta de una ley estatutaria unificada ha generado que la Corte y el Ministerio de Salud asuman funciones normativas que corresponden al legislador. Las resoluciones ministeriales, aunque cumplen un papel regulador, son parciales, reactivas y a menudo insuficientes para dar respuesta a la complejidad del derecho. De esta manera, los pacientes y profesionales de la salud enfrentan incertidumbre

sobre las condiciones y requisitos para la prestación del servicio, lo que fomenta la desigualdad territorial y la judicialización recurrente de los casos. La tutela, concebida como mecanismo subsidiario de protección de derechos fundamentales, se ha convertido en la principal vía para acceder a este derecho, lo que refleja el déficit institucional en la garantía material del mismo.

El análisis de la objeción de conciencia evidenció que esta figura, aunque reconocida constitucionalmente como manifestación de la libertad de conciencia, se ha transformado en una de las principales barreras para la aplicación de la eutanasia. La Corte ha establecido que su ejercicio debe ser individual, por escrito y debidamente motivado, prohibiendo su uso institucional o colectivo. Sin embargo, en la práctica, muchas entidades de salud lo han empleado como una excusa generalizada para evadir la prestación del servicio. A ello se suma la ausencia de un régimen sancionatorio que penalice su ejercicio abusivo y que garantice el reemplazo inmediato del personal objetor, lo cual prolonga innecesariamente el sufrimiento de los pacientes. La investigación subraya la necesidad de regular de manera más estricta la objeción de conciencia en el ámbito bioético y sanitario, así como de establecer medidas disciplinarias y administrativas claras contra su uso indebido.

En el análisis de los casos ilustrados demostró que los obstáculos no se limitan al plano normativo. En la práctica, persisten fallas estructurales en el sistema de salud, tales como la ausencia de protocolos internos claros, la carencia de capacitación en bioética y derechos fundamentales por parte del personal médico, y la falta de supervisión efectiva de las autoridades competentes. Estas falencias se traducen en dilaciones injustificadas, exigencia de requisitos adicionales no contemplados en la normativa y, en algunos casos, negación directa del procedimiento. Asimismo, se identificaron desigualdades territoriales que afectan de manera especial a regiones apartadas, donde la falta de comités interdisciplinarios y la escasez de profesionales capacitados hacen prácticamente imposible el acceso al derecho.

Otro hallazgo relevante es el peso que siguen teniendo los factores socioculturales en la implementación del derecho a morir dignamente. La investigación mostró que

la eutanasia y el suicidio médicamente asistido continúan siendo objeto de estigmatización, tanto en la sociedad como en el propio gremio médico. Esta situación se agrava por la influencia de posturas religiosas que conciben la vida como un bien absoluto e indisponible, lo que genera resistencias a reconocer la autonomía del paciente. Del mismo modo, persisten actitudes paternalistas que interpretan la eutanasia como un favor excepcional y no como un derecho fundamental protegido por la Constitución. Frente a este panorama, la investigación plantea que la transformación cultural es tan urgente como la reforma normativa: sin educación bioética, formación profesional en derechos al final de la vida y campañas de información dirigidas a la ciudadanía, cualquier avance legal seguirá enfrentándose a barreras simbólicas y sociales.

En síntesis, los desafíos identificados en esta investigación se pueden agrupar en tres grandes dimensiones:

1. **Jurídica.** La ausencia de una ley estatutaria integral genera vacíos y contradicciones que afectan la seguridad jurídica de pacientes, médicos e instituciones. La expedición de una norma con este carácter es indispensable para unificar criterios, establecer requisitos claros, fijar protocolos homogéneos y garantizar mecanismos de control efectivos.
2. **Institucional.** Las EPS e IPS enfrentan serias falencias en la implementación de los lineamientos jurisprudenciales y administrativos. La falta de comités interdisciplinarios en todo el territorio nacional, la ausencia de rutas claras para los usuarios y la escasa capacidad de la Superintendencia de Salud para sancionar el incumplimiento de la normativa son ejemplos de barreras estructurales que deben ser superadas.
3. **Sociocultural.** El estigma, la falta de información y la influencia de concepciones religiosas y paternalistas sobre la vida siguen limitando el acceso al derecho. Es necesario un cambio cultural que normalice el diálogo sobre la muerte digna y la entienda como una expresión legítima de la autonomía y la dignidad humana.

De esta manera, la investigación concluye que el reconocimiento jurisprudencial del derecho a morir dignamente constituye un logro constitucional de gran importancia, pero su eficacia real depende de la capacidad del Estado y de la sociedad para superar los obstáculos descritos. La expedición de una ley estatutaria, el fortalecimiento del sistema de salud en materia bioética y administrativa, y la promoción de una cultura de respeto hacia la autonomía del paciente son pasos indispensables para consolidar este derecho.

En última instancia, la investigación pone de presente que el derecho a morir dignamente no es un privilegio ni un favor, sino una garantía constitucional que refleja el compromiso del Estado con la dignidad humana. Garantizar su ejercicio efectivo será una prueba definitiva del grado de madurez del ordenamiento jurídico colombiano y de su capacidad para responder a los dilemas éticos y sociales propios del siglo XXI.

18. Referencias

- Aguilar Cortés, K. (2016). Incidencia de la eutanasia frente al derecho fundamental a la vida. (Tesis de pregrado, Universidad Militar Nueva Granada). Repositorio Institucional UMNG. <https://repository.umng.edu.co/server/api/core/bitstreams/0444d946-21d2-4f2e-a27a-e495e6b5fed3/content>
- Ala Pacca M. (s.f.). Caso Ana Estrada: la primera sentencia que reconoce el derecho a la muerte digna en Perú. <https://una.uniandes.edu.co/blog/212-caso-ana-estrada-la-primer-sentencia-que-reconoce-el-derecho-a-la-muerte-digna-en-peru>
- Arnal, J., Rincón, D., & Latorre, A. (1994). *Investigación Educativa: fundamentos y metodologías*. Labor. <https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/InvestigacionEducativa.pdf>
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente [DMD] (2025). La eutanasia clandestina existe en todo el mundo. Desde siempre, los médicos han ayudado a morir a personas desahuciadas. Varios países han legalizado esta práctica y su experiencia muestra que puede hacerse con seguridad. <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>
- Brainly (2025) Mapa de Colombia con fronteras terrestres y marítimas. <https://brainly.lat/tarea/22928823>
- Calero, C. (26 de marzo de 2025). Se hunde por falta de votos el proyecto de ley que quería regular la eutanasia en Colombia. Revista Cambio. <https://cambiocolombia.com/pais/se-hunde-proyecto-ley-que-buscaba-regular-eutanasia-por-falta-de-votos>
- Cámara de Representantes (24 de marzo de 2025). La eutanasia vuelve a tener el centro de atención de la plenaria. <https://www.camara.gov.co/la-eutanasia-vuelve-a-tener-el-centro-de-atencion-de-la-plenaria>
- Carrera Silva, L. (2011). La acción de tutela en Colombia. *Revista IUS*, 5(27), 72-94. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472011000100005
- Clínica Universidad de Navarra. (2025). *Diccionario Médico: Eutanasia*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/eutanasia>
- Cudós de la Vega, C. (2020). La eutanasia (Trabajo de fin de grado, Universidad Pontificia Comillas) Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/38532>

- Bont, M., Dorta, K., Ceballos, J., Randazzo, A., & Urdaneta-Carruyo, E. (2007). Eutanasia: una visión histórico - hermenéutica. *Comunidad y Salud*, 5(2), 34-43. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740241005>
- Cárdenas Gracias, J. (2023). La indebida prohibición de la eutanasia. *Hechos y Derechos*, (75). <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/18189/18466>
- Carrasco, A., & Valera, L. (s/f). *Eutanasia ¿A qué poner atención?* Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile. https://facultadmedicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/09/Eutanasia_PUC_Digital.pdf
- Cazar Auquilla, D. J., & Villalva, D. (2024). Despenalización de la eutanasia activa en Ecuador: Análisis jurídico de la sentencia 67-23-In/24. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(5), 3749 – 3764. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2892>
- Centro de ética judicial (s.f.) La razonabilidad como criterio de valoración jurídica. https://www.centroeticajudicial.org/uploads/8/0/7/5/80750632/ensayo_3_teo_ri%CC%81a_de_la_razonabilidad_1.pdf
- Código Penal (1980). *Decreto Número 100 de 1980, 23 enero de 1980 por el cual se expide el Nuevo Código Penal*. Universidad del Rosario. <https://editorial.urosario.edu.co/pageflip/acceso-abierto/codigo-penal-1980.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (18 de febrero de 1981). Por la cual se dictan normas en materia de ética médica [Ley 23 de 1981] DO 35.711. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>
- Congreso de la República de Colombia (8 de septiembre de 2014). Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida [Ley 1733 de 2014]. DO: 49.268. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html
- Congreso de la República de Colombia. (24 de julio de 2000). Código Penal. [Ley 599 de 2000]. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html#1
- Constitución Política de Colombia [C.P.] (1991) (Ed. 51) Legis.
- Cornell Law School. (s.f.). *Physician-assisted suicide*. https://www.law.cornell.edu/wex/physician-assisted_suicide

Correa, L. (2024). Eutanasia en Colombia: cifras y barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. DescLab. <https://www.desclab.com/post/eutanasiacifras>

Corte Constitucional de Colombia (20 de mayo de 1997) Sentencia C-239 de 1997. [M. P. Gaviria Díaz, C.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Corte Constitucional de Colombia (10 de mayo de 2006) Sentencia C-355 de 2006 [M. P. Araújo Rentería, J. & Vargas Hernández, C. I.] <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=173189>

Corte Constitucional de Colombia (26 de marzo de 2009). Sentencia T-209 de 2009. [M. P. Pinilla Pinilla, N.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-209-09.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (28 de mayo de 2009). Sentencia T-388 de 2009. [M.P. Sierra Porto, H. A.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>

Corte Constitucional de Colombia (26 de noviembre de 2014). Sentencia T-910 de 2014. [M.P. Vargas Silva, L. E.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Corte Constitucional de Colombia (15 de diciembre de 2014). Sentencia T-970 de 2014. [M.P. Vargas Silva, L. E.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Corte Constitucional de Colombia (22 de junio de 2016) Sentencia C-327 [M. P. Ortiz Delgado, G. S.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/c-327-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia (12 de mayo de 2017) Sentencia T-322 de 2017. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-322-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia (4 de julio de 2017). Sentencia T-423 de 2017. [M.P. Escrucería Mayolo, I. H.] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia (25 de agosto de 2017) Sentencia T-544 de 2017. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia (12 de diciembre de 2017) Sentencia T-721 de 2017. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm>

- Corte Constitucional de Colombia (18 de febrero de 2020). Sentencia T-060 de 2020. [M.P. Rojas Ríos, A.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/t-060-20.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (22 de julio de 2021). Sentencia C-233 de 2021. [M.P. Fajardo Rivera, D.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/c-233-21.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (17 de octubre de 2002). Sentencia T-881 de 2002. [M.P. Montealegre Lynett, E.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-881-02.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (11 de mayo de 2022). Sentencia C-164 de 2022. [M.P. Lizarazo Ocampo, A. J.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-164-22.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (7 de febrero de 2023). Sentencia T-018 [M.P. Ibañez Najar, J. E.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/t-018-23.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (4 de julio de 2023) Sentencia T-239 de 2023. [M.P. Ibañez Najar, J. E.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
- Corte Constitucional de Colombia (21 de octubre 2024). Sentencia T-445 de 2024. [M.P. Fernández Andrade, V.]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/t-445-24.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2025). Misión y visión. <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/mision-y-visi%C3%B3n>
- Creagh Peña, M. (2012). Dilema ético de la eutanasia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 150-155. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu14112.pdf>
- Defensor del Pueblo Andaluz (2017). 8. Eutanasia y suicidio asistido: datos para un debate. https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/8_eutanasia.pdf
- Departamento de la Función Pública. (s.f.). Sector de Salud y Protección Social. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/manual-estado/pdf/8-Sector_Salud.pdf
- Díaz Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho*, (40), 125-140. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n40/1886-5887-bioetica-40-00125.pdf>

- Díaz Rodríguez, B. F. & Briones Cedeño, K. L. (2019) La eutanasia: una mirada desde el derecho. *Revista de la Facultad de Jurisprudencia*, (6), 99-120. <https://www.redalyc.org/journal/6002/600263450011/html/>
- Diccionario Panhispánico del Español Jurídico (2025). Objeción de conciencia. <https://dpej.rae.es/lema/objeci%C3%B3n-de-conciencia>
- Duarte, L. (26 de marzo de 2025). *Se hundió proyecto que regulaba la eutanasia en Colombia: no alcanzó votos necesarios en Congreso*. La W Radio. <https://www.wradio.com.co/2025/03/26/se-hundio-proyecto-que-regulaba-la-eutanasia-en-colombia-no-alcanzo-votos-necesarios-en-congreso/>
- Echeverría Bunster, C. (2011) Eutanasia y acto médico. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 642-654. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500013>
- Esquivel Jiménez, J. (2003). Eutanasia y su evolución histórica. En *El derecho a una muerte digna: la eutanasia*. <https://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/2.htm>
- Franco-Noreña, D. E. (2024) El derecho fundamental a morir dignamente en Colombia: un análisis desde sus razones filosófico-jurídicas. *Revista CES Derecho*, 15(3), 113-135. <https://dx.doi.org/10.21615/cesder.7668>
- Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (2025) Beatriz Kopp de Gómez y su historia en DMD. <https://dmd.org.co/somos-dmd/>
- Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente. (7 de mayo de 2025). Barreras de acceso a la muerte digna por medio de la eutanasia. Obtenido a través de derecho de petición.
- Gálvez, M. (2013). Eutanasia. *Revista de la Universidad de Mendoza*, 19(22), 1-21. <https://www.um.edu.ar/ojs2019/index.php/RUM/article/view/34>
- Gempeler Rueda, F. E. (2015). Derecho a morir dignamente. *Universitas Médica*, 56(2), 178-185. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231040432006.pdf>
- Giojelli, C. (2022) Eutanasia en Canadá. <https://redbioetica.com.ar/eutanasia-en-canada/>
- Haindl Ugarte, A. L. (2013). Ars bene moriendi: el Arte de la Buena Muerte. *Revista Chilena de Estudios Medievales*, (3), 89-108. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5295084.pdf>
- Hayman, J. L. (1981). *Investigación y Educación*. Paidós.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.) McGraw Hill.

Hurtado Quintero, W. F. & Marín Reina, C. A. (2021). Treinta años de la Constitución Política de Colombia de 1991: antecedentes, origen, cambios y reformas. *Revista Análisis Jurídico Político*, 3(5), 17-58. <https://doi.org/10.22490/26655489.4360>

Instituto Nacional del Cáncer (2021). Cuidados paliativos para la persona con cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>

Lampert Grassi, M. P. (2019a). Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica_Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf

Lampert Grassi, M. P. (2019b). Eutanasia en la Legislación Chilena. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN_eutanasia_en_la_legislacion_chilena_FINAL.pdf

López Daza, G. A. (2022). La despenalización del suicidio médicamente asistido. *Revista Jurídica Piélagus*, 21(1), 1-3. <https://doi.org/10.25054/16576799.3747>

López Medina, D. E. (2023) *El derecho de los jueces* (2da ed.) Legis

Ministerio de Salud y Protección Social (1 de noviembre de 1991) Resolución 13437 de 1991. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de abril de 2015). Resolución 1216 de 2015. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2 de septiembre de 2016) Resolución 4006 de 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4006-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (9 de marzo de 2018) Resolución 825 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (25 de junio de 2018) Resolución 2665 de 2018. DO: 50.635.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=79092>

Ministerio de Salud y Protección Social (1 de julio de 2021) Resolución 971 de 2021.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-971-de-2021.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Documento de voluntad anticipada.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>

Morales Estay, P. (2024). Legalización de la muerte asistida en Nueva Zelanda.
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/36248/1/Legalizacion_de_la_muerte_asistida_en_NZ.pdf

Murcia Peña, L.J. (2021). El derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual. (Tesis de maestría, Universidad Externado de Colombia) Biblioteca Digital Externadista.
<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/0a851371-6aeb-4201-8569-9d6da43a90cd/content>

Ordóñez-Vázquez, N. A., & Ortiz-Millán, G. (2023). La regulación de la muerte digna en México: un asunto pendiente. *Revista Colombiana De Bioética*, 18(2).
<https://doi.org/10.18270/rcb.v18i2.3870>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.) Cuidados paliativos.
<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Perello Domenech, I. (1997). El principio de proporcionalidad y la jurisprudencia constitucional. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/174691.pdf>

Pinto, M. F. (2022). La procedencia de la legalización de la eutanasia en la legislación argentina. *Revista Pensamiento Penal*, (417), 1-50.
[https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/adasdadasdasdasdasdasdasdasdasdasdas.pdf](https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/adasdadasdasdasdasdasdasdas.pdf)

Prada Galvis, A. (2024) La eutanasia ¿Muerte digna?: una visión ontológica. *Revista DIXI*, 26(DIXI), 1-26. <https://doi.org/10.16925/2357-5891.2024.03.07>

Quintana, L., & Hermida, J. (2019). La hermenéutica como método de interpretación de textos en la investigación psicoanalítica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 16(2), 73-80.
<https://www.redalyc.org/journal/4835/483568603007/483568603007.pdf>

- Quintero Carreño, Martínez Vásquez, C. & Agámez Insignares, C. (2022). Sedación paliativa en enfermedad terminal. *Revista Colombiana de Cancerología*, 26 (1), 3–13. <https://doi.org/10.35509/01239015.702>
- Quintero Cusquen, P. (2021). El derecho a una muerte digna en Colombia nos concierne a todos. *Acta Neurológica Colombiana*, 37(4), 219-223. <https://doi.org/10.22379/24224022391>
- Real Academia Española [RAE] (2025) *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.) <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/eutanasia>
- Reis de Castro, M. P., Cafure Antunes, G., Pacelli Marcon, L. M., Silva Andrade, L., Ruckl, S., & Angelo Andrade, V. L. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Revista Bioética*, 24(2), 355-367. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242136>
- Rivera López, E. (1997) Aspectos éticos de la eutanasia. *Análisis filosófico*, 17(2), 187-208. <https:// analisisfilosofico.org/index.php/af/article/view/607/396>
- Royes i Qui, A. (s.f.). Comentarios al libro "Principios de ética biomédica", de T. Beauchamp y J. Childress. <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/comentarios-al-libro-principios-de-etica-biomedica-de-t-beauchamp-y-j-childress>
- Sánchez Zorrilla, M. (2011) La metodología en la investigación jurídica: características peculiares y pautas generales para investigar en el derecho. *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, (14), 317-358. <http://www.rtfed.es/numero14/11-14.pdf>
- Santacruz Escudero & Martínez Gil (2020) Cuidados paliativos: conceptos básicos. *Revista De Nutrición Clínica Y Metabolismo*, 4(2), 14–18. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.212>
- Salusplay (2025). Tema 2. Principios éticos y valores. <https://www.salusplay.com/apuntes/geriatria/tema-2-principios-eticos-y-valores/resumen>
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Taboada Rodríguez, P. (2000) Dimensión ética del morir. *ARS Médica*, 29(1), 17-28. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v29i1.348>
- Trujillo Vargas, N. (2016). ¿Es el paciente dueño de su cuerpo y de su vida? Reflexiones en torno al suicidio asistido y la eutanasia. (Tesis de grado,

Universidad de la Laguna).
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2645/%c2%bfEs%20el%20paciente%20dueno%20de%20su%20cuerpo%20y%20de%20su%20vida%20Reflexiones%20en%20torno%20al%20suicidio%20asistido%20y%20la%20eutanasia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Urrea Mora, F. & Aristizabal Tobler, C. (2024) Una aproximación arqueológica al concepto de justicia en los discursos de Beauchamp y Childress. *Revista Colombiana de Bioética*, 19(1), 1-22. <https://doi.org/10.18270/rcb.v19i1.4400>