



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIV - N° 835

Bogotá, D. C., miércoles, 21 de octubre de 2015

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| DIRECTORES: | GREGORIO ELJACH PACHECO                                      | JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO                      |
|             | SECRETARIO GENERAL DEL SENADO<br>www.secretariasenado.gov.co | SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA<br>www.camara.gov.co |

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PONENCIAS

#### PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 30 DE 2015 SENADO

*por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones.*

**Palabras clave:** eutanasia; suicidio asistido; médico tratante; médico de referencia; confirmación médica; enfermedad terminal; adulto capaz; consejería; médico especialista; decisión informada; Comisión Nacional de Evaluación y Control Posterior de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido; registro médico eutanásico; homicidio por piedad; inducción o ayuda al suicidio; derecho fundamental a morir dignamente.

**Instituciones clave:** Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio del Interior; Ministerio de Justicia; Rama Judicial.

#### I. Introducción

El objetivo del presente documento es realizar un análisis detallado del Proyecto de ley número 30 de 2015 Senado (de ahora en adelante, “el proyecto de ley”) para determinar la conveniencia de los cambios propuestos al ordenamiento jurídico colombiano. En otras palabras, se busca determinar si el proyecto de ley debe continuar su trámite (con o sin modificaciones) en el Congreso de la República o, por el contrario, debe ser archivado.

La presente ponencia consta de las siguientes secciones:

- Introducción
- Trámite y antecedentes
- Objeto y contenido del proyecto de ley
- Argumentos de la exposición de motivos
- Marco normativo
- Marco jurisprudencial

- Audiencia Pública
- Conceptos Técnicos
- Consideraciones del ponente
- Pliego de modificaciones
- Conclusión
- Proposición
- Texto propuesto

#### II. Trámite y antecedentes

El Proyecto de ley número 30 de 2015 Senado fue radicado el jueves 30 de julio de 2015 en la Secretaría General del Senado de la República. Son autores del proyecto los honorables Senadores: Armando Benedetti Villaneda, Roy Barreras y el honorable Representante Alfredo Deluque.

El lunes 3 de agosto de 2015, la Comisión Primera Constitucional Permanente del Senado de la República recibió el expediente del proyecto de ley, y el miércoles 5 del mismo mes –mediante Acta MD-03– se designó como ponente al honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón.

#### III. Objeto y contenido del proyecto de ley

El proyecto de ley –que cuenta con 13 artículos– busca reglamentar la práctica de la eutanasia y asistencia al suicidio, además de controlar y evaluar el procedimiento por los médicos tratantes. La exposición de motivos señala: “Esta ley tiene el propósito de reglamentar integral y rigurosamente la forma en que se atenderán las solicitudes de los pacientes sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica de la eutanasia y la asistencia al suicidio, por los respectivos médicos tratantes; así como, establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida”.

El texto se encuentra dividido en cinco secciones: Capítulo I (Disposiciones generales); Capítulo II (Condiciones y procedimientos de cuidado debido); Capítulo III (Registro Médico Eutanásico); Capítulo IV (Comisión Nacional de Evaluación y Control Posterior; Procedimientos Eutanásicos y suicidio); Capítulo V (Disposiciones Especiales).

#### IV. Argumentos de la exposición de motivos

Los principales argumentos esbozados en la exposición de motivos del proyecto, se pueden resumir en las siguientes premisas:

1. Esta iniciativa retoma el texto aprobado en primer debate por la Comisión Primera del Senado de la República, el Proyecto de ley número 070 de 2012, con las modificaciones introducidas ante dicha célula, el cual, fue archivado por vencimiento de términos.

2. El presente proyecto de ley, busca la materialización del principio de Dignidad Humana, que se presenta como eje central del ordenamiento jurídico, valor supremo de la Carta Constitucional y presupuesto básico para el logro efectivo de los derechos y las garantías consagradas en la Carta Magna.

3. La Corte Constitucional analizó la figura de la eutanasia a través de una acción pública de inconstitucionalidad del artículo 326 del Código Penal, en Sentencia C-239 de 1997, expresando que: “*El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral.*”

4. El artículo 326 del antiguo Código Penal tipificaba como delito, la acción de matar a otro por piedad, sin tener en cuenta el consentimiento del paciente.

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia C-239 de 1997, aunque declaró exequible el artículo 326 del Decreto número 100 de 1980 (Código Penal), advirtió que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada<sup>1</sup>. Así, la Corte abrió paso a la legalización de la eutanasia activa<sup>2</sup> y en consecuencia, exhorto al Congreso de la República a avanzar en su reglamentación.

#### V. Marco Normativo

##### 1. Marco Constitucional

El texto del proyecto ha sido redactado bajo lo preceptuado por nuestra Carta Política en los siguientes artículos, los cuales de manera clara y expresa disponen: (Los apartes subrayados tienen relación directa con el proyecto de ley):

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.

Artículo 2°. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 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.

#### 2. Marco Legal

El texto del proyecto de ley se relaciona estrechamente con lo dispuesto en las siguientes normas jurídicas:

Código Penal Colombiano. Ley 599 de 2000. Artículo 326.

Resolución número 1216 de 2015 del 20 de abril del mismo año, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### VI. Marco Jurisprudencial

Sobre el derecho fundamental a morir dignamente, la Corte Constitucional se ha pronunciado así:

Sentencia C-239 del 20 de Mayo de 1997. M. P. CARLOS GAVIRIA DÍAZ

“*El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello, la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto, en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto. En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no 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.*”

...

<sup>1</sup> Sentencia C-239 de 1997. M. P. Carlos Gaviria Díaz.

<sup>2</sup> Eutanasia Activa: donde un tercero da muerte al paciente, ya sea con o sin su voluntad o sin su consentimiento, de ahí que sea de forma voluntaria o involuntaria.

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

Sentencia T-970 del 15 de diciembre de 2014. M. P. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA.

Esta sentencia resolvió “conceder la acción de tutela interpuesta” y ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que se “emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión”. Además, exhortó al Congreso de la República “a que proceda a regular el derecho fundamental a morir dignamente, tomando en consideración los presupuestos y criterios establecidos en esta providencia”.

La sentencia continuó afirmando que:

*“Lejos de ser preguntas abiertas, los interrogantes planteados muestran la estrecha relación que tiene el derecho a la muerte digna con la dignidad humana. En criterio de esta Sala, morir dignamente involucra aspectos que garantizan que luego de un ejercicio sensato e informado de toma de decisiones, la persona pueda optar por dejar de vivir una vida con sufrimientos y dolores intensos. Le permite alejarse de tratamientos tortuosos que en vez de causar mejoras en su salud, lo único que hacen es atentar contra la dignidad de los pacientes. Cada persona sabe qué es lo mejor para cada uno y el Estado no debe adoptar posiciones paternalistas que interfieran desproporcionadamente en lo que cada cual considera indigno. Recuérdese la Sentencia C-239 de 1997 cuando dijo que “el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir; cuando sufre una enfermedad que le produce dolores insostenibles, incompatibles con su idea de dignidad”. Algunas enfermedades son devastadoras, al punto de producir estados de indignidad que solo pueden ser sanadas con la muerte. El fin del derecho a morir dignamente, entonces, es impedir que la persona padezca una vida dolorosa, incompatible con su dignidad. Eso se da cuando los tratamientos médicos realizados no funcionan o sencillamente cuando el paciente, voluntariamente, decide no someterse más a esos procedimientos pues considera, según su propia expectativa, que es indigno la manera como está viviendo”.*

En relación con el derecho a morir dignamente, la sentencia afirmó que:

*“el derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía,*

*así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría. Es un derecho complejo pues depende de circunstancias muy particulares para constatarlo y autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos. En todo caso, es claro que existe una relación estrecha con la dignidad, la autonomía y la vida, entre otros”.*

Sobre el carácter fundamental del derecho a morir dignamente la Corte se pronunció diciendo que:

*“el derecho a morir dignamente cumple con el segundo criterio que la Corte ha dado para identificarle como fundamental. En efecto, existe consenso (en el sentido ya señalado) sobre la necesidad de reglamentar esa materia. A pesar de no ser un tema pacífico, el Congreso en cuatro oportunidades ha intentado reglamentar el asunto que no deja de ser controversial y sensible. Eso se explica al día de hoy, diecisiete años después de la sentencia de la Corte, no existe una decisión por parte del legislador. La ausencia de ley no ha sido por inactividad del Congreso. Adicionalmente, la Corte Constitucional mediante la ya tan mencionada Sentencia C-239 de 1997 declaró que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental. La discusión parece estar zanjada pues este Tribunal, luego de un ejercicio argumentativo e interpretativo de la Constitución, reconoció que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental. En efecto, sostuvo que “el deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el de la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad (...) el derecho a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente”.*

Para terminar, la Corte Constitucional ofreció una guía para llenar de contenido el derecho fundamental, a través del Derecho Comparado, diciendo que.

*“Finalmente, la muerte digna se puede traducir en un derecho subjetivo, pues son identificables tanto los sujetos activos, pasivos, obligados y el contenido mínimo de la obligación. No obstante, por razones metodológicas, ese será un asunto que se desarrollará en el caso concreto. El propósito será identificar con mayor certeza el contenido mismo de este derecho fundamental, sujetos activos y pasivos. Para ello, se basará en el derecho comparado como criterio de razonabilidad en la decisión de esta Corporación, para lo cual analizará la regulación que algunos países le han dado al asunto. El objetivo es brindar un panorama comparado sobre cómo se han comportado distintos ordenamientos jurídicos diferentes al colombiano, para dar cuenta de los problemas y virtudes de este tipo de regular esas prácticas”.*

### VII. Audiencia Pública<sup>3</sup>

El jueves 17 de septiembre del año en curso, se llevó a cabo Audiencia Pública del Proyecto de ley número 30 de 2015 Senado.

A partir de las 9:00 a. m. junto al Senador Armando Benedetti –autor del proyecto– se dio inicio a la sesión

3 Resolución número 3 del 18 de agosto del 2015, expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional del Senado de la República.

donde intervinieron 15 ciudadanos, que expresaron sus argumentos a favor y en contra del proyecto.

Los principales argumentos a favor se centraron en la exhortación a la reglamentación del derecho fundamental a morir dignamente realizada por la Corte Constitucional al Congreso de la República en Sentencia C-239 de 1997 y reiterada recientemente en el Fallo T-970 de 2014. Lo anterior, basándose en que todo ser humano tiene el derecho inalienable a disponer de su vida, cuando el sufrimiento físico o psicológico atenten contra su dignidad. Igualmente, se reconoció la labor realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en la reglamentación<sup>4</sup> para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

Los argumentos en contra de la iniciativa, se basaron en que el derecho consagrado Constitucionalmente en el artículo 11 es el de la protección de la vida y no a la muerte. Es decir, que el Estado debe salvaguardar y garantizar integralmente la custodia y defensa de este bien jurídico y no centrar sus esfuerzos en la terminación de la existencia. Así, el Congreso debe respetar y promover los valores humanos y morales esenciales.

Finalmente, el Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria afirmó que cuando en un Estado Social de Derecho como el de nuestro país se debatan temas que defiendan la vida o la muerte, se debe contraponer el artículo 1<sup>o</sup>5 (dignidad humana) sobre el artículo 11<sup>6</sup> (vida). Es decir que, en las discusiones y decisiones que se tomen al respecto, la dignidad humana debe prevalecer. En cuanto a la resolución expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social afirmó: (1) Este acto administrativo se emitió con base en una orden de la Corte Constitucional<sup>7</sup>. (2) Se tuvo en cuenta la enfermedad terminal –factor objetivo– y el consentimiento libre y espontáneo del paciente –factor subjetivo– para su desarrollo (3) No aplica para menores de edad, en caso de consentimiento sustituto o de enfermedades crónicas o degenerativas porque el Ministerio no es la entidad encargada de llevar a cabo esta discusión. Así, es el Congreso de la República el que le da legitimidad ya que es el escenario natural de debate en una democracia como la colombiana.

4 Resolución número 1216 del 20 de abril del 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5 Artículo 1<sup>o</sup>. 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.

6 Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.

7 Sentencia T-970 de 2014. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva. “Cuarto. Ordenar al Ministerio de Salud que en el término de 30 días, contados a partir de la comunicación de esta providencia, emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión. De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico que será discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente”.

## VIII. Conceptos Técnicos

El MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, se pronunció sobre el proyecto de ley bajo estudio reafirmando la necesidad de que el Congreso de la República acepte el exhorto que le hizo la Corte Constitucional desde el año de 1997<sup>8</sup> que reiteró en el año 2014<sup>9</sup> para regular esta materia.

El concepto presenta un análisis del proyecto de ley, de la resolución expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>10</sup>. Hace un recuento histórico y filosófico de la eutanasia, y presenta estudios de derecho comparado y observaciones específicas al articulado. Entre los comentarios realizados al articulado del Proyecto, se encuentran que: (1) la regulación y trámite debería ser el de una norma estatutaria, dado que lo que se debe reglamentar es el derecho fundamental a morir dignamente, (2) que el médico tratante no debe ser el único que pueda hacer el procedimiento sino también habilitar a otros médicos que conozcan el caso cuando se presente una declaración de objeción de conciencia, (3) que no se justifica la restricción para los extranjeros con menos de un año de residencia y que es necesario (4) establecer mecanismos para regular los casos de petición escrita completada por familiares o por el médico tratante en los casos en que el paciente se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio. Lo anterior, se sustenta, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

• “... existen elementos de juicio para considerar que se está abordando un tema susceptible de ser tratado como una ley estatutaria. Además de que la regulación concierne a derechos fundamentales, tiene, a su turno, un componente de restricción o limitación voluntaria a la vida que ha sido catalogado como uno de los más trascendentales sino el más trascendental de los derechos en una sociedad. De otra parte, aunque no se trata de reeditar el debate que ya se dio en 1997, desde el punto de vista político y de legitimidad resulta importante no sólo garantizar unas mayorías en el Congreso de la República sino, adicionalmente, someter el proyecto a la revisión previa por parte de la Corte Constitucional. De esta manera, se impide que la ley sea aplicada y produzca efectos antes de determinar si sus normas son o no exequibles. Está en juego la irreversibilidad de la vida y, por ende el rigor con que debe surgir la determinación en torno al derecho a morir dignamente”.

• “De otra parte, en lo que corresponde a las condiciones del procedimiento, se establece que la única persona que puede practicar el procedimiento es el médico tratante, con el mismo, como ya se indicó, pudiera ser objeto de conciencia y en consecuencia estar generando una barrera de acceso”.

• “... no se entiende, claramente, el por qué se restringe la aplicación del mismo en el caso de extranjeros con menos de un año de residencia en el país (artículo 2<sup>o</sup> numeral 1), no obstante que se cumplan las demás condiciones. Aunque pueden existir ciertos temores, el artículo 13 C. Pol. no permitiría discriminaciones por el origen nacional”.

8 Sentencia C-239 de 1997. M. P. Carlos Gaviria Díaz.

9 Sentencia T-970 de 2014. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

10 Resolución número 1216 del 20 de abril de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

• *“Respecto de la petición escrita completada por los familiares o por el médico tratante, se requiere establecer mecanismos para determinar cuál o cuáles familiares tiene la potestad para solicitar dicha petición el mecanismo para dormir diferencias al interior del grupo familiar al respecto, que tendría iguales derechos (para el caso de los hijos), que es un tema bastante controversial”.*

#### IX. Consideraciones del ponente

Como pudo observarse en el aparte anterior, la jurisprudencia de la Corte Constitucional, considera como un derecho fundamental el derecho a morir dignamente. Así, es prudente abordar como primera consideración que el trámite legislativo del presente proyecto de ley, debe surtirse como ley estatutaria ya que el Alto Tribunal ha exhortado al Congreso de la República para que regule una materia que versa sobre aspectos que comprometen el núcleo esencial de los derechos fundamentales y los procedimientos o recursos dirigidos a proteger y limitar en particular, el derecho fundamental de morir dignamente.

Superados los aspectos formales de la discusión del presente proyecto de ley, pasamos a las consideraciones de fondo. En primer lugar, es necesario tener presente que el pasado 20 de abril del presente año, el Ministerio de Salud y Protección Social, acató la orden dictada por la Corte Constitucional en Sentencia T-970 de 2014, en la cual solicita que se *“emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión”*. En consecuencia, profirió la Resolución número 1215 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 dignamente”*.

A continuación se exponen los aspectos más importantes de dicha resolución:

• Crea los comités interdisciplinarios en los hospitales, precisa responsabilidades de los mismos, puntualiza el papel de médicos e instituciones de salud y determina los trámites pertinentes para que el Sistema de Salud, garantice la posibilidad de que un paciente pueda terminar con su vida en “condiciones dignas”.

• Define la práctica de la eutanasia y de la asistencia al suicidio, únicamente para pacientes terminales es decir, para una enfermedad que no tenga tratamiento y que su desenlace sea la muerte.

• Hace obligatorio verificar que el paciente recibió atención en cuidados paliativos para su enfermedad, antes de tomar su decisión. Así, establece que las personas con enfermedades en fase terminal tienen derecho a la atención en cuidados paliativos para mejorar su calidad de vida. En todo caso, el paciente podrá desistir de estos tratamientos, si no representa para él, una vida digna.

• Prohíbe a las EPS negarse al procedimiento, por factores económicos. Igualmente, niega la posibilidad de la objeción de conciencia para las instituciones de salud y también para los miembros de los comités interdisciplinarios de los hospitales públicos y privados.

Las EPS no podrán intervenir en la decisión del paciente de acceder al derecho a morir dignamente.

• Establece la composición de los comités interdisciplinarios que estarán conformados por un médico con la especialidad de la patología que padece la persona, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico.

• Exige consentimiento escrito previamente, cuando el paciente no está en la posibilidad de expresarlo, para que los familiares puedan hacer la solicitud de eutanasia.

• La Resolución del Ministerio de Salud, consagra un procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir dignamente que incluye que pasados 10 días de la solicitud y luego de revisar los documentos correspondientes, el comité interdisciplinario reiterara la pregunta sobre si el paciente persiste en ella. De ser así, aprobará el procedimiento.

• Posteriormente, la entidad de salud cuenta con 24 horas para designar un médico no objetor de conciencia para la realización del procedimiento. En todo caso, la EPS deberá garantizar atención psicológica para el paciente y para su familia. Finalmente, la resolución consagra que el paciente o su familia podrán en cualquier momento desistir de la petición o proceso de la muerte digna.

Sumados a estos avances en materia reglamentaria, encontramos que el Derecho Comparado en otras latitudes, ha desarrollado la figura de la eutanasia y el suicidio asistido, así:

• Holanda:

El Parlamento Holandés aprobó la eutanasia y el suicidio asistido en el año 2001, siendo el primer país en el mundo en legalizar estas prácticas. Entre los requisitos para que una persona pueda tener acceso a este beneficio están: que la persona objeto de la eutanasia o del auxilio al suicidio, sea residente en Holanda; que el médico este convencido de que la petición es voluntaria, que este bien meditada; que el padecimiento sea insoportable y sin esperanzas de mejora; que el paciente cuente con total información y con la posibilidad de consultar a otro médico.

• Bélgica:

En el año 2002 se aprobó una ley que despenalizó la eutanasia. Para poder acceder a este beneficio, es necesario que: el paciente sea mayor de edad; la petición sea voluntaria, reflexionada, reiterada y sin presiones. Que se eleve mediante un documento que debe tener una vigencia no inferior a 5 años; y finalmente, que haya padecimiento físico y psíquico constante y condición patológica grave e insuperable. En beneficio del paciente, se introdujo legislación sobre cuidados paliativos, para garantizar el acceso a toda la población belga a este tipo de asistencia. Se debe señalar que en el mes de febrero de 2014, el Parlamento aprobó la aplicación de esta ley a menores de edad en estado terminal. Así, Bélgica se convirtió en el primer país del mundo que permite la eutanasia infantil sin límite de edad a través de una decisión del Parlamento Federal aprobada por 86 votos a favor, 44 en contra y 12 abstenciones.

• Luxemburgo:

En el año 2008, se expidió una ley que despenaliza la eutanasia, siendo el tercer país en el mundo en tomar esta decisión.

- Suiza

Se encuentra penalizada la eutanasia más no el auxilio al suicidio. Según el diario *El País*, en Suiza *no está permitida la eutanasia activa, pero sí el suicidio asistido, incluso por personas que no sean médicos, “si no hay motivos egoístas”, según su Código Penal*<sup>11</sup>.

- Estados Unidos de América

La eutanasia se encuentra reglamentada en 4 Estados de Norteamérica, Washington, Oregón, Montana y Vermont.

A continuación, se exponen los aspectos más importantes de cada uno de estos:

Oregón: Primer Estado en legalizar la eutanasia (1997). Se requieren 2 solicitudes orales y una escrita, además 2 médicos deben estar de acuerdo con el diagnóstico del paciente. Según el diario *El País*, en el *Estado norteamericano la ley permite desde 1998 que enfermos adultos a los que les queden menos de seis meses de vida puedan solicitar a sus médicos fármacos letales*<sup>12</sup>.

Washington: Se dictaminó que los enfermos terminales tienen derecho a la libre administración de las dosis letales de medicamentos recetados por un médico sin sanción legal; se requiere que el paciente haga dos solicitudes orales y una escrita, cada una de estas debe tener 15 días de diferencia y el paciente debe estar padeciendo una enfermedad terminal y una expectativa de vida de seis meses.

Montana: La reglamentación es igual a la de Oregón y Washington.

Vermont: El paciente debe ser residente del Estado, además debe tener dos solicitudes orales y una escrita.

- India

Únicamente reconoce la eutanasia pasiva como legal y sólo en casos de estado vegetativo. Según el diario *Color ABC*, *la eutanasia pasiva se limita a retirar los sistemas mecánicos o la medicación y alimentación necesarios para mantener con vida al paciente terminal, en comparación con la activa, que consiste en la aplicación de remedios letales para acabar con la vida del enfermo*<sup>13</sup>, afirmó el Tribunal Supremo Indio en el 2011 al fallar sobre una solicitud de eutanasia de la enfermera Aruna Shanbaug.

Sumado a los desarrollos en el derecho comparado, nos permitimos incluir en esta ponencia un estudio titulado Índice de Calidad de Muerte 2015<sup>14</sup>, que fue publicado en el mes de octubre del año en curso por *The Economist Intelligence Unit (EIU)* y que se encamina a medir la calidad de los cuidados paliativos en 80 países a nivel mundial, o lo que la redacción de BBC Mundo<sup>15</sup> describió como *los países con la peor calidad de muerte del mundo*. Para hacer la clasificación, se tuvieron en cuenta las políticas nacionales en salud, la

integración de los cuidados paliativos con el Servicio Nacional de Salud, la participación de los centros de hospicio y el compromiso y concomiendo de la comunidad sobre el tema.

Entre los resultados más importantes se destaca que: (1) El Reino Unido es el mejor calificado y que las naciones con mayor poder económico, tienden a estar mejor situadas en el ranking, (2) los países con mayor calidad de muerte comparten varias características como una fuerte y efectiva política de cuidados paliativos debidamente implementada y altos gastos de recursos públicos en salud, (3) países menos desarrollados todavía pueden mejorar de una manera rápida los estándares mundiales de cuidados paliativos, (4) las políticas públicas nacionales son vitales para extender el acceso a los cuidados paliativos, (5) es esencial entrenar a todos los doctores y enfermeros para que la demanda de cuidados paliativos crezca por parte de los pacientes, (6) se deben subsidiar los costos de los servicios de cuidado paliativo para que el tratamiento sea asequible, (7) la calidad del cuidado depende del acceso a analgésicos opioides y tratamiento psicológico, (8) la comunidad debe esforzarse para crear campañas de sensibilización e incentivar discusiones sobre la muerte, (9) los cuidados paliativos exigen gastos pero generan un gran ahorro al sector salud y que (10) la demanda de cuidados paliativos va a crecer rápidamente en países que no están preparados para satisfacerla.

En el caso particular de Colombia, el estudio califica al país con 26.7, lo que significa que ocupamos el puesto 68 entre 80 países en donde sólo superamos a Guatemala y República Dominicana en Latinoamérica, es decir somos de los peores lugares para morir en el mundo y en nuestro continente. En palabras de la redacción de BBC Mundo, en Colombia *“aunque sí existe un plan del gobierno (relacionado con el entorno paliativo), el enfoque no está claro y se limita a una mera declaración de intenciones, sin grandes logros obtenidos”*<sup>16</sup>.

Las razones que hacen de Colombia uno de los peores lugares para morir en el mundo, no consisten únicamente en tener una limitada oferta de cuidados paliativos para nuestros pacientes sino también, en impedir que aquellos tomen decisiones libres sobre su manera de afrontar los últimos días de su vida. La Medicina Paliativa, es una alternativa para el enfermo en fase terminal que busca cuidar el período terminal de su vida. Sin embargo ha de ser una alternativa más que se le presenta al paciente quien debe tener la opción de elegir entre aquella o las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio que se regulan en este proyecto de ley. Esto, dado que en todo caso, en algunas oportunidades el paciente puede estar interesado en mejorar su calidad de vida a través de la medicina paliativa y en otros, dada la situación de su enfermedad, el sufrimiento o la dependencia, puede desear opciones para aliviar definitivamente un insoportable sufrimiento o dolor, a través de otras intervenciones terapéuticas. No ofrecer estas alternativas a un paciente con una enfermedad grave, de carácter progresivo e irreversible y con pronóstico fatal próximo, sería condenarlo a un sufrimiento o agonía prolongada que antes que una medida de alivio, sería una acción deshumanizada.

11 Ver: [http://elpais.com/diario/2006/05/09/sociedad/1147125606\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2006/05/09/sociedad/1147125606_850215.html)

12 Ver: [http://elpais.com/diario/2006/05/09/sociedad/1147125606\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2006/05/09/sociedad/1147125606_850215.html)

13 Ver: <http://www.abc.com.py/ciencia/india-abre-una-timida-puerta-a-la-eutanasia-pasiva-234432.html>

14 Ver: <http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015>

15 Ver: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/10/151006\\_salud\\_cuidados\\_paliativos\\_lb](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/10/151006_salud_cuidados_paliativos_lb)

16 Ver: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/10/151006\\_salud\\_cuidados\\_paliativos\\_lb](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/10/151006_salud_cuidados_paliativos_lb)

Es en este marco, donde sorprende que la primera eutanasia legal en Colombia fuera realizada el pasado 13 de julio de 2015 al señor Ovidio González en la ciudad de Pereira. Como fue ampliamente documentado, el proceso estuvo lleno de trabas, dilaciones y sufrimiento para él y su familia, por lo que su hijo Julio César González, interpuso una acción de tutela para aprobar la solicitud de eutanasia presentada por su padre, a quien a pesar de que sufría de cáncer en la cara e intensos dolores por su enfermedad, le fue negado el procedimiento, por temas administrativos. El señor Ovidio González amparándose en la resolución del Ministerio de Salud y bajo pleno uso de sus facultades, solicitó que se realizara la eutanasia debido al gran deterioro de salud y al sufrimiento que este le estaba causando, y aunque en primera instancia le fue negado, gracias a la acción de tutela obtuvo la autorización solicitada.

Este caso llamó la atención de los medios de comunicación y causó gran polémica entre la opinión pública dado los vacíos jurídico que aún subyacen en este procedimiento. Por estos motivos sumados a los desarrollos jurisprudenciales, la exhortación de la Corte Constitucional y los avances en el derecho comparado, encontramos necesario reglamentar a través de una Ley Estatutaria el procedimiento de eutanasia y suicidio asistido, con el fin de que casos como el del señor Ovidio González no se vuelvan a repetir.

Para terminar, y con el fin de armonizar el presente proyecto de ley estatutaria con la legislación vigente en materia de cuidados paliativos y con la resolución proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el derecho a morir dignamente, presentamos un pliego de modificaciones dirigido no solo a actualizar el uso de términos institucionales contenidos en el articulado, sino principalmente a calificar la condición del paciente como enfermo en fase terminal. Esto, con el fin de circunscribir las prácticas de la eutanasia y de asistencia al suicidio en Colombia ÚNICAMENTE a aquellos pacientes que cumplan las condiciones necesarias para ser diagnosticados como enfermos en fase terminal.

Esta definición, fue tomada directamente de la Ley 1733 del 8 de septiembre de 2014 también llamada *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. En su articulado, en el numeral 2, encontramos la definición de enfermo en fase terminal como todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces. Como parte de su definición, el artículo 2° de la Ley 1733 de 2014 incluye un parágrafo que afirma que cuando exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos.

A continuación, presentamos el pliego de modificaciones propuesto.


#### X. Pliego de modificaciones

| TEXTO PROPUESTO – PROYECTO DE LEY   | TEXTO PROPUESTO PARA EL PRIMER DEBATE – COMISIÓN PRIMERA SENADO  |
|---|--|
| <p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> Esta ley tiene el propósito de reglamentar integral y rigurosamente la forma en que se atenderán las solicitudes de los <u>pacientes</u> sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica de la eutanasia y la asistencia al suicidio, por los respectivos médicos tratantes; así como, establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida.</p> <p>Para cumplir con dicho propósito, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>i) Eutanasia: Es la terminación intencional de la vida por otra persona, esto es, un tercero calificado, el médico tratante, de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del <u>paciente</u>, que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;</p> <p>ii) Suicidio asistido: Consiste en ayudar o asistir intencionalmente a otra persona, el <u>paciente</u>, a cometer suicidio, o en proveerle de los medios necesarios para la realización del mismo, a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;</p> <p>iii) Médico tratante: Se refiere al profesional de la medicina que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, víctima de una enfermedad terminal o grave lesión corporal y que además, de acuerdo al registro médico eutanásico y al acta de defunción, ha terminado, por petición expresa del paciente, con su vida de una forma digna y humana o le ha proveído de los medios necesarios para lograr el mismo resultado;</p> <p>iv) Médico de referencia: Es el profesional de la medicina que ha sido consultado por el médico tratante, en segunda instancia, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones</p> | <p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> Esta ley tiene el propósito de reglamentar integral y rigurosamente la forma en que se atenderán las solicitudes de los <u>enfermos en fase terminal</u> sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica de la eutanasia y la asistencia al suicidio, por los respectivos médicos tratantes; así como, establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida.</p> <p>Para cumplir con dicho propósito, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>i) Eutanasia: Es la terminación intencional de la vida por otra persona, esto es, un tercero calificado, el médico tratante, de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del <u>enfermo en fase terminal</u>, que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;</p> <p>ii) Suicidio asistido: Consiste en ayudar o asistir intencionalmente a otra persona, el <u>enfermo en fase terminal</u>, a cometer suicidio, o en proveerle de los medios necesarios para la realización del mismo, a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;</p> <p>iii) Médico tratante: Se refiere al profesional de la medicina que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, víctima de una enfermedad terminal o grave lesión corporal y que además, de acuerdo al registro médico eutanásico y al acta de defunción, ha terminado, por petición expresa del paciente, con su vida de una forma digna y humana o le ha proveído los medios necesarios para lograr el mismo resultado;</p> <p>iv) Médico de referencia: Es el profesional de la medicina que ha sido consultado por el médico tratante, en segunda instancia, con el objeto de lograr una confirmación médica</p> |

| TEXTO PROPUESTO – PROYECTO DE LEY   | TEXTO PROPUESTO PARA EL PRIMER DEBATE – COMISIÓN PRIMERA SENADO  | TEXTO PROPUESTO – PROYECTO DE LEY  | TEXTO PROPUESTO PARA EL PRIMER DEBATE – COMISIÓN PRIMERA SENADO  |
|---|--|--|--|
| <p>terapéuticas y el pronóstico respectivo del <u>paciente</u> que ha solicitado la terminación de su vida de una forma digna y humana, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia;</p> <p>v) Confirmación médica: Significa que la opinión médica del médico tratante ha sido confirmada, en segunda instancia, por un médico independiente, que a su vez, ha examinado al <u>paciente</u> y su respectiva historia clínica;</p> <p>vi) Consejería: Se refiere a una, o a las consultas que sean necesarias entre un <u>siquiatra</u> y/o un <u>sicólogo</u>, o un equipo de apoyo conformado por profesionales de ambas disciplinas, y el <u>paciente</u> que ha solicitado reiteradamente a su médico tratante la terminación de su vida de forma digna y humana; con el propósito de determinar la situación real del paciente, la madurez de su juicio y su voluntad inequívoca de morir; así como para confirmar que no sufre de ningún desorden psiquiátrico, psicológico o de una depresión momentánea que pueda estar perturbando su juicio;</p> <p>vii) Decisión informada: Significa la decisión tomada por el <u>paciente</u>, de solicitar u obtener una orden o prescripción médica, de su médico tratante, para terminar con su vida de una forma digna y humana, lo cual implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas: así como de las diferentes alternativas existentes en medicina paliativa, incluyendo tratamientos para el control del dolor y su pronóstico; y además, que cuenta con la capacidad suficiente para tomar la decisión;</p> <p>viii) Enfermedad terminal: Significa enfermedad incurable e irreversible, condición patológica grave o lesión corporal grave que le ha sido diagnosticada, certificada y confirmada por el médico tratante, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces;</p> | <p>del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del <u>enfermo en fase terminal</u> que ha solicitado la terminación de su vida de una forma digna y humana, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia;</p> <p>v) Confirmación médica: Significa que la opinión médica del médico tratante ha sido confirmada, en segunda instancia, por un médico independiente, que a su vez, ha examinado al <u>enfermo en fase terminal</u> y su respectiva historia clínica;</p> <p>vi) Consejería: Se refiere a una, o a las consultas que sean necesarias entre un <u>siquiatra</u> y/o un <u>sicólogo</u>, o un equipo de apoyo conformado por profesionales de ambas disciplinas, y el <u>enfermo en fase terminal</u> que ha solicitado reiteradamente a su médico tratante la terminación de su vida de forma digna y humana; con el propósito de determinar la situación real del paciente, la madurez de su juicio y su voluntad inequívoca de morir; así como para confirmar que no sufre de ningún desorden psiquiátrico, psicológico o de una depresión momentánea que pueda estar perturbando su juicio. <u>La consejería tiene un carácter no directivo;</u></p> <p>vii) Decisión informada: Significa la decisión tomada por el <u>enfermo en fase terminal</u>, de solicitar u obtener una orden o prescripción médica, de su médico tratante, para terminar con su vida de una forma digna y humana, lo cual implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas: así como de las diferentes alternativas existentes en medicina paliativa, incluyendo tratamientos para el control del dolor y su pronóstico; y además, que cuenta con la capacidad suficiente para tomar la decisión;</p> <p>viii) Enfermedad terminal: Significa enfermedad incurable e irreversible, condición patológica grave o lesión corporal grave que le ha sido diagnosticada, certificada y confirmada por el médico tratante, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces;</p> | <p>ix) Adulto capaz: Quiere decir una persona mayor de 18 años de edad y que en opinión de un tribunal, del médico tratante o del especialista, de un <u>siquiatra</u> y/o un <u>psicólogo</u> o un grupo de apoyo, tenga la habilidad de entender, tomar y comunicar, por sí mismo o a través de sus familiares, las decisiones respecto de su estado de salud y su vida ante las autoridades competentes;</p> <p>x) Médico especialista: Es el profesional de la medicina que ostenta una especialidad académica en el campo de conocimientos que estudia la enfermedad por la cual el <u>paciente</u> es tratado.</p> <p>Artículo 2°. <i>Condiciones.</i> En los estrictos términos de esta ley, la única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir al suicidio a un <u>paciente</u>, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta regulación es, el médico tratante. De esta forma, no será objeto de sanción penal el médico tratante que respete estrictamente las condiciones y el procedimiento de cuidado debido que esta ley provee, y adicionalmente, verifique el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el <u>paciente</u> sea colombiano o extranjero residente por un término no menor de un (1) año, adulto mayor de edad, legalmente capaz y en pleno uso de sus facultades mentales al momento de solicitar <del>oralmente</del> o por escrito, al médico tratante la terminación de su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio; en concordancia con lo dispuesto en materia de capacidad por el artículo 1503 y siguientes, del Código Civil y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.</li> </ol> <p>En los casos en que el paciente adulto mayor de edad, se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, se deberá proceder únicamente de la forma indicada en el artículo 5°, relativo a la petición escrita completada por los familiares y/o el médico tratante, de la presente ley.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Que la petición o solicitud para la terminación de la vida del <u>paciente</u> sea libre e informada, manifestada inequívocamente por escrito, cuando sea posible, voluntaria y reiterada, la cual no permita albergar la menor duda sobre si el origen de la misma es</li> </ol> | <p>ix) Adulto capaz: Quiere decir una persona mayor de 18 años de edad y que en opinión de un tribunal, del médico tratante o del especialista, de un <u>siquiatra</u> y/o un <u>psicólogo</u> o un grupo de apoyo, tenga la habilidad de entender, tomar y comunicar, por sí mismo o a través de sus familiares, las decisiones respecto de su estado de salud y su vida ante las autoridades competentes;</p> <p>x) Médico especialista: Es el profesional de la medicina que ostenta una especialidad académica en el campo de conocimientos que estudia la enfermedad por la cual el <u>paciente</u> es tratado.</p> <p>Artículo 2°. <i>Condiciones.</i> En los estrictos términos de esta ley, la única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir al suicidio a un <u>enfermo en fase terminal</u>, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta regulación es, el médico tratante. De esta forma, no será objeto de sanción penal el médico tratante que respete estrictamente las condiciones y el procedimiento de cuidado debido que esta ley provee, y adicionalmente, verifique el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el <u>enfermo en fase terminal</u> sea colombiano o extranjero residente por un término no menor de un (1) año, adulto mayor de edad, legalmente capaz y en pleno uso de sus facultades mentales al momento de solicitar por escrito, al médico tratante la terminación de su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio; en concordancia con lo dispuesto en materia de capacidad por el artículo 1503 y siguientes, del Código Civil y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.</li> </ol> <p>En los casos en que el paciente adulto mayor de edad, se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, se deberá proceder únicamente de la forma indicada en el artículo 5°, relativo a la petición escrita completada por los familiares y/o el médico tratante, de la presente ley.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Que la petición o solicitud para la terminación de la vida del <u>enfermo en fase terminal</u> sea libre e informada, manifestada inequívocamente por escrito, cuando sea posible, voluntaria y reiterada, la cual no permita albergar la menor duda sobre si el origen de la</li> </ol> |



| TEXTO PROPUESTO – PROYECTO DE LEY  | TEXTO PROPUESTO PARA EL PRIMER DEBATE – COMISIÓN PRIMERA SENADO   | TEXTO PROPUESTO – PROYECTO DE LEY   | TEXTO PROPUESTO PARA EL PRIMER DEBATE – COMISIÓN PRIMERA SENADO   |
|--|---|---|---|
| <p>el producto de una presión exterior indebida o el resultado de una depresión momentánea. Cuando no sea posible obtener la autorización por escrito del <b>paciente terminal</b> se procederá de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley.</p> <p>3. Que el <b>paciente</b>, en efecto, sufre de una enfermedad terminal o grave lesión corporal, certificada en su historia clínica por dos médicos especialistas, que le produce intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna, los cuales no pueden ser aliviados por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría. Parágrafo. Ningún médico tratante podrá ser obligado a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para tal fin, si este así lo decide. En caso de que el médico tratante se rehúse a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para la terminación de la vida del <b>paciente</b>, este último o sus familiares, si el mismo se encuentra inconsciente, en cualquier tiempo, podrán solicitar la ayuda de otro médico, que asuma el caso como médico tratante en los términos de la presente ley. Esta misma disposición se aplicará, cuando haya lugar, al médico tratante en los términos señalados en el artículo 5° de la presente ley.</p> | <p>misma es el producto de una presión exterior indebida o el resultado de una depresión momentánea. Cuando no sea posible obtener la autorización por escrito del <b>enfermo en fase terminal</b>, se procederá de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley.</p> <p>3. Que el <b>enfermo en fase terminal</b>, en efecto, sufre de una enfermedad terminal o grave lesión corporal, certificada en su historia clínica por dos médicos especialistas, que le produce intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna, los cuales no pueden ser aliviados por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría. Parágrafo. Ningún médico tratante podrá ser obligado a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para tal fin, si este así lo decide. En caso de que el médico tratante se rehúse a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para la terminación de la vida del <b>enfermo en fase terminal</b>, este último o sus familiares, si el mismo se encuentra inconsciente, en cualquier tiempo, podrán solicitar la ayuda de otro médico, que asuma el caso como médico tratante en los términos de la presente ley. Esta misma disposición se aplicará, cuando haya lugar, al médico tratante en los términos señalados en el artículo 5° de la presente ley.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el <b>paciente</b> sufra de una enfermedad terminal o grave lesión corporal que le produzca intensos dolores, padecimientos continuos o una condición de gravísima dependencia y minusvalía que la persona considere indigna.</li> <li>2. Que el <b>paciente</b> esté inconsciente definitivamente.</li> <li>3. Que la condición médica del <b>paciente</b> sea irreversible y no pueda ser aliviada por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría.</li> <li>4. Que tras un tiempo prudencial de búsqueda, que no excederá de un (1) mes, realizado por la Clínica o el Centro Hospitalario con ayuda de las instituciones públicas y privadas correspondientes, no haya sido posible dar con el paradero de los familiares o parientes del paciente.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el <b>enfermo en fase terminal</b> sufra de una enfermedad terminal o grave lesión corporal que le produzca intensos dolores, padecimientos continuos o una condición de gravísima dependencia y minusvalía que la persona considere indigna.</li> <li>2. Que el <b>enfermo en fase terminal</b> esté inconsciente definitivamente.</li> <li>3. Que la condición médica del <b>enfermo en fase terminal</b> sea irreversible y no pueda ser aliviada por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría.</li> <li>4. Que tras un tiempo prudencial de búsqueda, que no excederá de un (1) mes, realizado por la Clínica o el Centro Hospitalario con ayuda de las instituciones públicas y privadas correspondientes, no haya sido posible dar con el paradero de los familiares o parientes del paciente.</li> </ol> |
| <p>Artículo 5°. <i>Petición escrita completada por los familiares o por el médico tratante.</i> En todos los demás casos en que el paciente se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, sus familiares en primera instancia, siguiendo los rigurosos criterios de parentesco por consanguinidad establecidos por el artículo 35 y siguientes del Código Civil podrán pedir al médico tratante la terminación de la vida de una forma digna y humana, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en los numerales 1, 2 y 3 del presente artículo. En el caso de que el paciente no tenga familia, será el mismo médico tratante, previa consulta a un médico especialista, quien elaborará la petición, siempre y cuando concurren los siguientes requisitos:</p>   | <p>Artículo 5°. <i>Petición escrita completada por los familiares o por el médico tratante.</i> En todos los demás casos en que el paciente se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, sus familiares en primera instancia, siguiendo los rigurosos criterios de parentesco por consanguinidad establecidos por el artículo 35 y siguientes del Código Civil podrán pedir al médico tratante la terminación de la vida de una forma digna y humana, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en los numerales 1, 2 y 3 del presente artículo. En el caso de que el paciente no tenga familia, será el mismo médico tratante, previa consulta a un médico especialista, quien elaborará la petición, siempre y cuando concurren los siguientes requisitos:</p>  | <p>Artículo 8°. <i>Mandato.</i> Con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas que conforman esta ley, la defensa de los derechos de los pacientes; así como establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar posteriormente, la correcta observancia del procedimiento de cuidado debido en la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida, se crea la Comisión Nacional de Evaluación y Control de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido, que en adelante se denominará la Comisión. El Ministro de la Protección Social regulará la materia.</p>  | <p>Artículo 8°. <i>Mandato.</i> Con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas que conforman esta ley, la defensa de los derechos de los pacientes; así como establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar posteriormente, la correcta observancia del procedimiento de cuidado debido en la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida, se crea la Comisión Nacional de Evaluación y Control de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido, que en adelante se denominará la Comisión. El Ministro de <b>Salud y</b> Protección Social regulará la materia.</p>  |
|  |   | <p>Artículo 9°. <i>Funciones.</i> La Comisión, en ejercicio de su mandato, tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar que los derechos de los pacientes y el procedimiento de cuidado debido sean estrictamente respetados por los médicos que ejecuten las solicitudes de terminación de la vida. Para instrumentalizar este propósito, la Comisión creará y administrará un Archivo Nacional de Procedimientos Eutanásicos y Asistencia al Suicidio, en el cual se llevará un registro de todos los casos reportados de terminación de la vida, en las condiciones señaladas en esta ley.</li> <li>2. Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente ley en todo el país indicando los factores</li> </ol>   | <p>Artículo 9°. <i>Funciones.</i> La Comisión, en ejercicio de su mandato, tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar que los derechos de los pacientes y el procedimiento de cuidado debido sean estrictamente respetados por los médicos que ejecuten las solicitudes de terminación de la vida. Para instrumentalizar este propósito, la Comisión creará y administrará un Archivo Nacional de Procedimientos Eutanásicos y Asistencia al Suicidio, en el cual se llevará un registro de todos los casos reportados de terminación de la vida, en las condiciones señaladas en esta ley.</li> <li>2. Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente ley en todo el país indicando los factores</li> </ol>   |

| TEXTO PROPUESTO – PROYECTO DE LEY  | TEXTO PROPUESTO PARA EL PRIMER DEBATE – COMISIÓN PRIMERA SENADO  | TEXTO PROPUESTO – PROYECTO DE LEY   | TEXTO PROPUESTO PARA EL PRIMER DEBATE – COMISIÓN PRIMERA SENADO  |
|--|--|---|--|
| <p>relevantes para su evaluación y seguimiento. Dicho informe, será presentado al Ministerio de la Protección Social y al Ministerio del Interior y de Justicia.</p> <p>3. Elaborar un estudio estadístico anual, el cual debe ser remitido al Departamento Administrativo Nacional de Estadística.</p> <p>4. Diseñar los diferentes formatos de solicitud para la terminación de la vida de una forma digna y humana o asistencia al suicidio, a que haya lugar con la presente ley:</p> <p>a) Registro Médico Eutanásico;</p> <p>b) Solicitud de terminación de la vida en forma digna y humana;</p> <p>c) Autorización al médico tratante para la asistencia necesaria al suicidio;</p> <p>d) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (completada por los familiares);</p> <p>e) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (completada por el médico tratante);</p> <p>f) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (petición por instrucción previa).</p> <p>La Comisión, sin perjuicio de las demás funciones asignadas, podrá revisar y modificar, si lo considera conveniente, los diferentes formatos de solicitud de terminación de la vida o asistencia al suicidio.</p> <p>5. Recomendar cuando lo considere pertinente, las reformas legislativas que sean necesarias para la mejor implementación de la presente ley.</p> <p>6. Enviar copias de todos los registros, de sus hallazgos y de sus respectivos informes, a la Fiscalía General de la Nación y a las demás entidades a que haya lugar, para lo de su competencia.</p> <p>7. La Comisión, una vez conformada, se dará su propio reglamento. Para la efectiva realización de estos propósitos, la Comisión podrá ser asesorada y servirse de la información de instituciones públicas y entidades del Estado relacionadas con su mandato. Asimismo, podrá proveer los resultados estadísticos de sus reportes a los observatorios de estudio e investigación en eutanasia de las diferentes universidades y centros académicos.</p> | <p>relevantes para su evaluación y seguimiento. Dicho informe, será presentado al Ministerio de <u>Salud y</u> Protección Social y al Ministerio de Justicia y <u>del Derecho</u>.</p> <p>3. Elaborar un estudio estadístico anual, el cual debe ser remitido al Departamento Administrativo Nacional de Estadística.</p> <p>4. Diseñar los diferentes formatos de solicitud para la terminación de la vida de una forma digna y humana o asistencia al suicidio, a que haya lugar con la presente ley:</p> <p>a) Registro Médico Eutanásico;</p> <p>b) Solicitud de terminación de la vida en forma digna y humana;</p> <p>c) Autorización al médico tratante para la asistencia necesaria al suicidio;</p> <p>d) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (completada por los familiares);</p> <p>e) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (completada por el médico tratante);</p> <p>f) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (petición por instrucción previa).</p> <p>La Comisión, sin perjuicio de las demás funciones asignadas, podrá revisar y modificar, si lo considera conveniente, los diferentes formatos de solicitud de terminación de la vida o asistencia al suicidio.</p> <p>5. Recomendar cuando lo considere pertinente, las reformas legislativas que sean necesarias para la mejor implementación de la presente ley.</p> <p>6. Enviar copias de todos los registros, de sus hallazgos y de sus respectivos informes, a la Fiscalía General de la Nación y a las demás entidades a que haya lugar, para lo de su competencia.</p> <p>7. La Comisión, una vez conformada, se dará su propio reglamento. Para la efectiva realización de estos propósitos, la Comisión podrá ser asesorada y servirse de la información de instituciones públicas y entidades del Estado relacionadas con su mandato. Asimismo, podrá proveer los resultados estadísticos de sus reportes a los observatorios de estudio e investigación en eutanasia de las diferentes universidades y centros académicos.</p> | <p>Artículo 10. <i>Composición.</i><br/>La Comisión se compondrá de siete (7) miembros designados por el Ministerio de Protección Social, nominados con base en sus conocimientos, experiencia y reconocimiento en las materias relacionadas con la competencia de la Comisión. Tres (3) miembros deberán ser profesionales en medicina, y al menos dos (2) de ellos deberán ser también catedráticos universitarios en una institución de enseñanza superior acreditada en el país, de conformidad con lo normado por la Ley 30 de 1992. Dos (2) miembros deberán ser abogados, y al menos uno (1) de ellos deberá haber ejercido la Magistratura como miembro de una Alta Corte o de Tribunal Superior de Distrito Judicial, o un rango equivalente. Los dos (2) miembros restantes deberán trabajar o desarrollar su actividad profesional en instituciones especializadas en la asesoría y tratamiento de enfermos terminales o incurables.</p> | <p>Artículo 10. <i>Composición.</i><br/>La Comisión se compondrá de siete (7) miembros designados por el Ministerio de <u>Salud y</u> Protección Social, nominados con base en sus conocimientos, experiencia y reconocimiento en las materias relacionadas con la competencia de la Comisión. Tres (3) miembros deberán ser profesionales en medicina, y al menos dos (2) de ellos deberán ser también catedráticos universitarios en una institución de enseñanza superior acreditada en el país, de conformidad con lo normado por la Ley 30 de 1992. Dos (2) miembros deberán ser abogados, y al menos uno (1) de ellos deberá haber ejercido la Magistratura como miembro de una Alta Corte o de Tribunal Superior de Distrito Judicial, o un rango equivalente. Los dos (2) miembros restantes deberán trabajar o desarrollar su actividad profesional en instituciones especializadas en la asesoría y tratamiento de enfermos terminales o incurables.</p> |
| <b>XI. Conclusión</b>  |  |   |  |
| <p>En nuestra opinión, el proyecto de ley bajo estudio debe continuar su trámite en el Congreso de la República, por las consideraciones expuestas en el aparte anterior.</p>  |  |   |  |
| <b>XII. Proposición</b>  |  |   |  |
| <p>Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la ley, propongo a los Honorables Senadores de la Comisión Primera del Senado de la República, dar primer debate al <i>Proyecto de ley número 30 de 2015 Senado, por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones</i>, en el texto formulado en el pliego de modificaciones.</p>   |  |   |  |
| <p>Con toda atención,</p>  |  |   |  |
|    |  |   |  |
| <p style="text-align: center;"><b>JUAN MANUEL GALÁN.</b><br/>Senador de la República.</p>  |  |   |  |

### XIII. TEXTO PROPUESTO

#### TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 30 DE 2015 SENADO

*por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* Esta ley tiene el propósito de reglamentar integral y rigurosamente la forma en que se atenderán las solicitudes de los enfermos en fase terminal sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica de la eutanasia y la asistencia al suicidio, por los respectivos médicos tratantes; así como, establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida.

Para cumplir con dicho propósito, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

i) Eutanasia: Es la terminación intencional de la vida por otra persona, esto es, un tercero calificado, el médico tratante, de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del enfermo en fase terminal, que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;

ii) Suicidio asistido: Consiste en ayudar o asistir intencionalmente a otra persona, el enfermo en fase terminal, a cometer suicidio, o en proveerle de los medios necesarios para la realización del mismo, a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal;

iii) Médico tratante: Se refiere al profesional de la medicina que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, víctima de una enfermedad terminal o grave lesión corporal y que además, de acuerdo al registro médico eutanásico y al acta de defunción, ha terminado, por petición expresa del paciente, con su vida de una forma digna y humana o le ha proveído los medios necesarios para lograr el mismo resultado;

iv) Médico de referencia: Es el profesional de la medicina que ha sido consultado por el médico tratante, en segunda instancia, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del enfermo en fase terminal que ha solicitado la terminación de su vida de una forma digna y humana, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia;

v) Confirmación médica: Significa que la opinión médica del médico tratante ha sido confirmada, en segunda instancia, por un médico independiente, que a su vez, ha examinado al enfermo en fase terminal y su respectiva historia clínica;

vi) Consejería: Se refiere a una, o a las consultas que sean necesarias entre un siquiatra y/o un sicólogo,

o un equipo de apoyo conformado por profesionales de ambas disciplinas, y el enfermo en fase terminal que ha solicitado reiteradamente a su médico tratante la terminación de su vida de forma digna y humana; con el propósito de determinar la situación real del paciente, la madurez de su juicio y su voluntad inequívoca de morir; así como para confirmar que no sufre de ningún desorden psiquiátrico, psicológico o de una depresión momentánea que pueda estar perturbando su juicio. La consejería tiene un carácter no directivo;

vii) Decisión informada: Significa la decisión tomada por el enfermo en fase terminal, de solicitar u obtener una orden o prescripción médica, de su médico tratante, para terminar con su vida de una forma digna y humana, lo cual implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas: así como de las diferentes alternativas existentes en medicina paliativa, incluyendo tratamientos para el control del dolor y su pronóstico; y además, que cuenta con la capacidad suficiente para tomar la decisión;

viii) Enfermedad terminal: Significa enfermedad incurable e irreversible, condición patológica grave o lesión corporal grave que le ha sido diagnosticada, certificada y confirmada por el médico tratante, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces;

ix) Adulto capaz: Quiere decir una persona mayor de 18 años de edad y que en opinión de un tribunal, del médico tratante o del especialista, de un siquiatra y/o un psicólogo o un grupo de apoyo, tenga la habilidad de entender, tomar y comunicar, por sí mismo o a través de sus familiares, las decisiones respecto de su estado de salud y su vida ante las autoridades competentes;

x) Médico especialista: Es el profesional de la medicina que ostenta una especialidad académica en el campo de conocimientos que estudia la enfermedad por la cual el paciente es tratado.

### CAPÍTULO II

#### Condiciones y procedimiento de cuidado debido

Artículo 2°. *Condiciones.* En los estrictos términos de esta ley, la única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir al suicidio a un enfermo en fase terminal, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta regulación es, el médico tratante. De esta forma, no será objeto de sanción penal el médico tratante que respete estrictamente las condiciones y el procedimiento de cuidado debido que esta ley provee, y adicionalmente, verifique el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:

1. Que el enfermo en fase terminal sea colombiano o extranjero residente por un término no menor de un (1) año, adulto mayor de edad, legalmente capaz y en pleno uso de sus facultades mentales al momento de solicitar por escrito, al médico tratante la terminación de su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio; en concordancia con lo dispuesto en materia de capacidad por el artículo 1503 y siguientes, del Código Civil y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

En los casos en que el paciente adulto mayor de edad, se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, se deberá proceder únicamente de la forma indicada en el artículo 5°, relativo a la petición escrita completada por los familiares y/o el médico tratante, de la presente ley.

2. Que la petición o solicitud para la terminación de la vida del enfermo en fase terminal sea libre e informada, manifestada inequívocamente por escrito, cuando sea posible, voluntaria y reiterada, la cual no permita albergar la menor duda sobre si el origen de la misma es el producto de una presión exterior indebida o el resultado de una depresión momentánea.

Cuando no sea posible obtener la autorización por escrito del enfermo en fase terminal, se procederá de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley.

3. Que el enfermo en fase terminal, en efecto, sufre de una enfermedad terminal o grave lesión corporal, certificada en su historia clínica por dos médicos especialistas, que le produce intensos dolores, continuos padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna, los cuales no pueden ser aliviados por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría.

Parágrafo. Ningún médico tratante podrá ser obligado a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para tal fin, si este así lo decide. En caso de que el médico tratante se rehúse a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para la terminación de la vida del enfermo en fase terminal, este último o sus familiares, si el mismo se encuentra inconsciente, en cualquier tiempo, podrán solicitar la ayuda de otro médico, que asuma el caso como médico tratante en los términos de la presente ley.

Esta misma disposición se aplicará, cuando haya lugar, al médico tratante en los términos señalados en el artículo 5° de la presente ley.

Artículo 3°. *Procedimiento de cuidado debido.* Para garantizar el pleno cumplimiento del procedimiento de cuidado debido, antes de llevar a cabo el procedimiento eutanásico o la asistencia al suicidio, el médico tratante deberá en cada caso:

1. Informar detalladamente al paciente sobre su condición médica, esto es, su diagnóstico, pronóstico y las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativa existentes (v. gr. tratamientos hospitalarios, medicamentos y control del dolor); de sus potenciales beneficios, riesgos y consecuencias en relación con los efectos sobre su expectativa de vida.

2. Verificar con todos los medios científicos a su alcance, los intensos dolores o padecimientos continuos que sufre el paciente, y la naturaleza reiterada, libre y voluntaria de su solicitud. De tal manera, que conjuntamente tanto el paciente como el médico tratante, concluyan que no existe otra alternativa terapéutica posible para aliviar la penosa situación del primero.

3. Dialogar reiteradamente con el paciente, acerca de la solicitud de terminar con su vida de una forma digna y humana o de la provisión de la asistencia al suicidio, así como de las diferentes opciones terapéuticas existentes. Dichas sesiones deben realizarse dentro de un periodo no inferior a 48 horas ni superior a 15

días y, en las mismas, participará un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología denominado Consejería que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir. Paralelamente, el médico tratante debe también examinar el progreso en la condición médica del paciente durante este periodo de sesiones.

4. Remitir al paciente con su respectiva historia clínica, para una segunda valoración del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico emitidos por el médico tratante, al médico de referencia, en virtud de su nivel de conocimiento y experiencia en la materia, quien deberá volver a examinar integralmente al paciente.

Los resultados de dicha valoración se denominarán confirmación médica, e incluirán un informe completo de la condición del paciente, así como una reiteración, si es el caso, de los intensos dolores, continuos padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna que le causa la enfermedad terminal o grave lesión corporal al paciente, y que no pueden ser aliviados o curados con los tratamientos convencionales que ofrece la ciencia médica. Asimismo, deberá ser entregada una copia de este informe al paciente y al médico tratante.

Parágrafo. El médico de referencia encargado de realizar la confirmación médica debe ser independiente tanto del médico tratante como del paciente, esto es, debe ser médico especialista en la enfermedad que sufre el paciente y estar vinculado a una unidad especializada de otra Clínica o Centro Hospitalario, según corresponda. En los casos de los hospitales que por razones de nivel o adecuación, no cuenten con especialistas, se exigirá que la confirmación sea proveída por el director de unidad o de la clínica o centro hospitalario, o por un médico de segunda opinión delegado por este.

5. Remitir al paciente a Consejería, la cual constituye la tercera valoración dentro del procedimiento de cuidado debido, en la que un equipo de apoyo especializado en psiquiatría y psicología de la respectiva Clínica o Centro Hospitalario en que se encuentre el paciente, confirmará en última instancia, que el paciente ha tenido los elementos necesarios para tomar una decisión informada, respecto de la terminación de su vida.

Igualmente, en caso de cualquier duda sobre la condición médica del paciente, el médico tratante deberá remitirlo a una tercera revisión médica realizada por especialista en la materia, en los mismos términos señalados para las anteriores valoraciones y posteriormente procederá a enviarlo nuevamente a Consejería.

Una vez cumplido este último trámite, y tras analizar los informes respectivos, el médico tratante deberá indicarle al paciente acerca de la posibilidad de desistir de su petición. En todo caso, se deberá esperar un periodo de tiempo mínimo de 15 días antes de practicar al paciente el procedimiento eutanásico o la asistencia al suicidio, según sea el caso.

6. Verificar que la solicitud de terminación de la vida en una forma digna y humana o la asistencia al suicidio, se haya realizado cumpliendo estrictamente con las formalidades exigidas en el artículo 4° de la presente ley.

7. Firmar el certificado de registro médico eutanásico y el acta de defunción del paciente. Para todos

los efectos jurídicos, el médico tratante, en el acta de defunción debe señalar que la muerte del paciente se produjo por causas naturales, en concordancia con lo señalado en el artículo 12 del Capítulo V de esta ley.

Artículo 4°. *Requisitos y contenido de la solicitud.* Toda solicitud de terminación de la vida en una forma digna y humana o de asistencia al suicidio, deberá hacerse por escrito, siempre que sea posible, personalmente por el paciente. En los demás casos en que el paciente no pueda expresar su voluntad, se seguirán las disposiciones del artículo 5°.

La solicitud deberá ser diligenciada y firmada por el paciente y al menos dos testigos que en presencia del mismo, atestigüen de buena fe que el paciente está actuando voluntariamente, es plenamente capaz y no está siendo conminado por otras personas a firmar la petición de terminación de la vida.

En dicha solicitud el paciente deberá expresar además de su voluntad de terminación de la vida en forma digna y humana que conoce los cuidados paliativos que la medicina ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar en ellos alivio justificado a su intenso sufrimiento y dolor.

Al menos uno de los testigos no podrá ser:

i) Familiar del paciente, en ninguno de los grados de parentesco establecidos en el artículo 35 y siguientes del Código Civil: consanguinidad, matrimonio y adopción;

ii) Persona(s) con interés material en la muerte del paciente, en virtud de contratos u obligaciones civiles y comerciales;

iii) El médico tratante.

Si el paciente se encuentra en tal condición física que le resulta imposible diligenciar y firmar por sí mismo la solicitud de terminación de la vida, otra persona designada con anterioridad por él, indicando las razones de su incapacidad, podrá hacerlo si es mayor de edad y no tiene ningún interés material en la muerte del paciente.

El paciente podrá revocar la solicitud de terminar con su vida de una forma digna y humana o de asistencia al suicidio, en cualquier tiempo, incluso hasta en el último momento, en cuyo caso tal documento no tendrá validez y será removido de la historia clínica y devuelto al paciente.

Artículo 5°. *Petición escrita completada por los familiares o por el médico tratante.* En todos los demás casos en que el paciente se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, sus familiares en primera instancia, siguiendo los rigurosos criterios de parentesco por consanguinidad establecidos por el artículo 35 y siguientes del Código Civil podrán pedir al médico tratante la terminación de la vida de una forma digna y humana, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en los numerales 1, 2 y 3 del presente artículo.

En el caso de que el paciente no tenga familia, será el mismo médico tratante, previa consulta a un médico especialista, quien elaborará la petición, siempre y cuando concurren los siguientes requisitos:

1. Que el enfermo en fase terminal sufra de una enfermedad terminal o grave lesión corporal que le produzca intensos dolores, padecimientos continuos o una

condición de gravísima dependencia y minusvalía que la persona considere indigna.

2. Que el enfermo en fase terminal esté inconsciente definitivamente.

3. Que la condición médica del enfermo en fase terminal sea irreversible y no pueda ser aliviada por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría.

4. Que tras un tiempo prudencial de búsqueda, que no excederá de un (1) mes, realizado por la Clínica o el Centro Hospitalario con ayuda de las instituciones públicas y privadas correspondientes, no haya sido posible dar con el paradero de los familiares o parientes del paciente.

Artículo 6°. *Petición por instrucción previa.* La petición por instrucción previa consiste en la designación por parte del paciente de una o más personas, con anterioridad, en privado y en estricto orden de preferencia, para que informen al médico tratante acerca de su voluntad de morir, en caso de que concurren las circunstancias de que trata esta ley y sea incapaz de manifestar su voluntad o se encuentre inconsciente.

La petición por instrucción previa, puede ser elaborada en cualquier tiempo, debe ser escrita y firmada ante notario público en presencia de dos (2) testigos, siguiendo las mismas condiciones del artículo 4° de la presente ley. De esta forma, la petición solo será válida si es elaborada o confirmada por el paciente, por lo menos 5 años antes de la pérdida de la capacidad para expresar, por completo su voluntad.

La petición por instrucción previa podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo.

### CAPÍTULO III

#### Registro Médico Eutanásico

Artículo 7°. *Obligaciones y contenido.* Todo médico tratante que, en los términos de la presente ley, haya practicado un procedimiento eutanásico o asistido al suicidio del paciente con el propósito de terminar su vida de una forma digna y humana, estará obligado a completar un registro médico eutanásico que deberá ser enviado dentro de los siguientes diez (10) días hábiles al deceso del paciente, a la Comisión Nacional de Evaluación y Control Posterior de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido, establecida en el Capítulo IV de esta ley, con el fin de que está última lo estudie conforme a lo de su competencia.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, al registro médico eutanásico, deberá añadirse la siguiente documentación:

1. El registro de todas las peticiones, orales y escritas, hechas al médico tratante por el paciente para la terminación de su vida de una forma digna y humana.

2. Un primer informe, elaborado por el médico tratante que incluya: diagnóstico médico y su pronóstico, así como un concepto general sobre la capacidad, autonomía y madurez del juicio del paciente para tomar una decisión informada, respecto de la terminación de su vida.

3. Un segundo informe, elaborado por el médico especialista, o en su defecto de segunda opinión, que incluya: la confirmación del diagnóstico médico y su pronóstico, así como una nueva valoración sobre la capacidad, autonomía y madurez del juicio del paciente

para tomar una decisión informada, respecto de la terminación de su vida.

4. Copia del informe completo emitido por la Consejería especializada al médico tratante.

5. En el caso previsto en el artículo 3° numeral 5 inciso 2°, el médico tratante deberá enviar copia del tercer informe de confirmación última, elaborado por un tercer médico especialista y su correspondiente valoración psicológica por la Consejería.

#### CAPÍTULO IV

##### **Comisión Nacional de Evaluación y Control Posterior de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido**

Artículo 8°. *Mandato.* Con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas que conforman esta ley, la defensa de los derechos de los pacientes; así como establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar posteriormente, la correcta observancia del procedimiento de cuidado debido en la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida, se crea la Comisión Nacional de Evaluación y Control de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido, que en adelante se denominará la Comisión.

El Ministro de Salud y Protección Social regulará la materia.

Artículo 9°. *Funciones.* La Comisión, en ejercicio de su mandato, tendrá las siguientes funciones:

1. Garantizar que los derechos de los pacientes y el procedimiento de cuidado debido sean estrictamente respetados por los médicos que ejecuten las solicitudes de terminación de la vida.

Para instrumentalizar este propósito, la Comisión creará y administrará un Archivo Nacional de Procedimientos Eutanásicos y Asistencia al Suicidio, en el cual se llevará un registro de todos los casos reportados de terminación de la vida, en las condiciones señaladas en esta ley.

2. Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente ley en todo el país indicando los factores relevantes para su evaluación y seguimiento. Dicho informe, será presentado al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio de Justicia y del Derecho.

3. Elaborar un estudio estadístico anual, el cual debe ser remitido al Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

4. Diseñar los diferentes formatos de solicitud para la terminación de la vida de una forma digna y humana o asistencia al suicidio, a que haya lugar con la presente ley:

- a) Registro Médico Eutanásico;
- b) Solicitud de terminación de la vida en forma digna y humana;
- c) Autorización al médico tratante para la asistencia necesaria al suicidio;
- d) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (completada por los familiares);
- e) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (completada por el médico tratante);

f) Solicitud de terminación de la vida de una forma digna y humana (petición por instrucción previa).

La Comisión, sin perjuicio de las demás funciones asignadas, podrá revisar y modificar, si lo considera conveniente, los diferentes formatos de solicitud de terminación de la vida o asistencia al suicidio.

5. Recomendar cuando lo considere pertinente, las reformas legislativas que sean necesarias para la mejor implementación de la presente ley.

6. Enviar copias de todos los registros, de sus hallazgos y de sus respectivos informes, a la Fiscalía General de la Nación y a las demás entidades a que haya lugar, para lo de su competencia.

7. La Comisión, una vez conformada, se dará su propio reglamento.

Para la efectiva realización de estos propósitos, la Comisión podrá ser asesorada y servirse de la información de instituciones públicas y entidades del Estado relacionadas con su mandato. Asimismo, podrá proveer los resultados estadísticos de sus reportes a los observatorios de estudio e investigación en eutanasia de las diferentes universidades y centros académicos.

Artículo 10. *Composición.* La Comisión se compondrá de siete (7) miembros designados por el Ministerio de Salud y Protección Social, nominados con base en sus conocimientos, experiencia y reconocimiento en las materias relacionadas con la competencia de la Comisión.

Tres (3) miembros deberán ser profesionales en medicina, y al menos dos (2) de ellos deberán ser también catedráticos universitarios en una institución de enseñanza superior acreditada en el país, de conformidad con lo normado por la Ley 30 de 1992. Dos (2) miembros deberán ser abogados, y al menos uno (1) de ellos deberá haber ejercido la Magistratura como miembro de una Alta Corte o de Tribunal Superior de Distrito Judicial, o un rango equivalente. Los dos (2) miembros restantes deberán trabajar o desarrollar su actividad profesional en instituciones especializadas en la asesoría y tratamiento de enfermos terminales o incurables.

#### CAPÍTULO V

##### **Disposiciones especiales**

Artículo 11. El Código Penal, por unidad normativa y jurisprudencial se modificará de la siguiente manera:

1. El artículo 106 del Código Penal quedará así:

**Artículo 106. Homicidio por piedad.** El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

Cuando el médico tratante cuente con el consentimiento libre e informado del paciente, y haya respetado el procedimiento de cuidado debido, exigido por la ley que regula la terminación de la vida de una forma digna y humana y la asistencia al suicidio, no será objeto de sanción penal alguna.

2. El artículo 107 del Código Penal quedará así:

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

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 uno (1) a dos (2) años.

Cuando sea el médico tratante quien provea los medios necesarios para la realización del suicidio y cuente con el consentimiento libre e informado del paciente, y además haya respetado el procedimiento de cuidado debido, exigido por la ley que regula la terminación de la vida de una forma digna y humana y la asistencia al suicidio, no será objeto de sanción penal alguna.

Artículo 12. *Cláusula general de protección.* Sin perjuicio de las demás provisiones especiales que determine la Comisión, se establecerá una cláusula especial para la protección de los derechos de los pacientes que opten por terminar con su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio, en los términos de la presente ley.

De esta manera:

1. Toda cláusula o provisión en contratos u obligaciones civiles y comerciales, en acuerdos, sean orales o escritos, será nula de pleno derecho si está dirigida a constreñir y/o afectar al paciente en su voluntad o decisión de terminar con su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio.

2. Con respecto al régimen de los seguros (v. gr. vida, salud, accidentes, funerarios o a los que haya lugar), no podrán establecerse cláusulas o provisiones que restrinjan o condicionen, a través de sus efectos y/o consecuencias jurídicas, la libre opción del paciente de terminar con su vida de una forma digna y humana. Si se presentaren, dichas cláusulas serán absolutamente nulas.

3. Para todos los demás efectos legales, en el certificado de defunción, el médico tratante deberá señalar que la muerte del paciente se produjo por causas naturales.

## CAPÍTULO VI

### Vigencia y derogatoria

Artículo 13. *Vigencia y derogatoria.* La presente ley rige a partir de su sanción y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



JUAN MANUEL GALÁN.

Senador de la República.

# CONCEPTOS JURÍDICOS

## CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO A LA PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 02 DE 2015 SENADO

*por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad reforzada laboral a los trabajadores que se encuentren en situación de prepensionados.*

1.1

Bogotá D. C.,

Honorable Senador

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

Carrera 7 N° 8-68

Ciudad

**Asunto:** Comentarios a la ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 02 de 2015 Senado, *por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad reforzada laboral a los trabajadores que se encuentren en situación de prepensionados.*

Respetado Presidente:

De manera atenta el Ministerio de Hacienda y Crédito Público presenta sus comentarios sobre el *Proyecto de ley número 02 de 2015 Senado, por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad reforzada laboral a los trabajadores que se encuentren en situación de prepensionados.*

El presente proyecto de ley, de iniciativa parlamentaria, tiene, como propósito reconocer el derecho a la estabilidad laboral reforzada a todo trabajador del sector privado que se encuentre en situación de prepensionado. En este caso, los trabajadores que les falten tres años de edad o de tiempo de servicio para que se les reconozca la pensión de jubilación o vejez, tendrán protección especial de estabilidad laboral reforzada hasta el día que la pensión les sea reconocida por la entidad de previsión respectiva.

En primer lugar, es importante considerar que en la actualidad los empleados del sector público tienen derecho a la estabilidad reforzada a través de unas condiciones específicas desde el año 2002, especialmente en entidades que fueron reestructuradas o modernizadas en el Programa de Renovación de la Rama Ejecutiva de la Administración Pública (PRAP), a través del mecanismo designado como “retén social”.

En segundo lugar, la propuesta de generar mecanismos de protección para los trabajadores que se encuentran en la parte final del ciclo de vida laboral constituye un instrumento importante para su estabilidad laboral y su situación económica, ya que es un grupo vulnerable al desempleo por sus condiciones propias frente a otros grupos de edad de trabajadores, aunque es importante evaluar cuál es la medida política más apropiada para tal propósito.

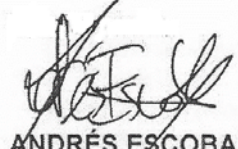
Por tanto, extender dicho derecho a los trabajadores del sector privado constituye una decisión de política laboral que es importante evaluar en términos de su impacto en el mercado de trabajo, ya que se puedan presentar posibles distorsiones, como por ejemplo desincentivos en la contratación de este grupo de personas mayores o despidos anticipados a la fecha límite que se

establece en esta iniciativa, que puedan dificultar la estabilidad laboral de este grupo de trabajadores. En este caso, pueden analizarse otras opciones que promuevan políticas activas de empleo para el grupo de personas mayores que les permita mayor estabilidad laboral y asegurar su acceso a la pensión.

De esta manera, teniendo en cuenta que el proyecto de ley propone mecanismos para la estabilidad laboral reforzada a los trabajadores del sector privado que se encuentren en situación de prepensionados, es importante revisar dicha iniciativa en términos de su impacto en el mercado laboral, y considerar otras opciones que permitan asegurar la estabilidad laboral del grupo de trabajadores mayores y el acceso a la pensión. Lo anterior sin perjuicio de las consideraciones que sobre el contenido del proyecto de ley pueda tener el Ministerio del Trabajo.

Por último, esta cartera solicita se tengan en cuenta las anteriores consideraciones, manifestando nuestra disposición de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales de disciplina fiscal vigente.

Cordialmente,



**ANDRÉS ESCOBAR ARANGO**  
 Viceministro Técnico  
 JAML/FMF/LQV  
 DGPM  
 UJ 1995/15

Con copia:

Honorable Senadora María del Rosario Guerra de la Espriella - Autora

Honorable Senador Alfredo Ramos Maya - Autor

Honorable Senador Daniel Cabrales Castillo - Autor

- Honorable Senadora Thania Vega de Plazas - Autor
- Honorable Senador Ernesto Macías Tovar - Autor
- Honorable Senadora Susana Correa – Autor
- Honorable Senador Fernando Araújo Rumié - Autor
- Honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo - Autor
- Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza - Ponente
- Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz - Ponente
- Honorable Senador Mauricio Delgado Martínez – Ponente
- Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez – Ponente
- Doctor Jesús María España Vergara - Secretario Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República.

**CONTENIDO**

Gaceta número 835 - miércoles, 21 de octubre de 2015  
 SENADO DE LA REPÚBLICA

|   | Págs. |
|---|-------|
| <b>PONENCIAS</b>  |       |
| Ponencia para primer debate y texto propuesto al proyecto de ley número 30 de 2015 Senado, por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones. .... | 1     |

|  |    |
|--|----|
| <b>CONCEPTOS JURÍDICOS</b>   |    |
| Concepto jurídico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la ponencia para primer debate del proyecto de ley número 02 de 2015 Senado, por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad reforzada laboral a los trabajadores que se encuentran en situación de prepensionados. .... | 15 |