

Bogotá D.C, 20 de Julio del 2020

Señor
LIDIO ARTURO GARCÍA TURBAY
Presidente
Senado de la República

Asunto: Radicación Proyecto de Ley

Señor presidente:

Mediante la presente, me permito radicar el siguiente Proyecto de Ley *“por la cual se reglamentan las practicas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones.”*

Cordialmente,



ARMANDO ALBERTO BENEDETTI VILLANEDA
Senador de la República

PROYECTO DE LEY N° _____

“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:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. Objeto. 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.

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 paciente, 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 paciente, 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) **Médicotrata**nte: 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;

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 paciente 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 paciente y su respectiva historia clínica;

vi) **Consejería**: Se refiere a una, o a las consultas que sean necesarias entre un psiquiatra y/o un psicólogo, o un equipo de apoyo conformado por profesionales de ambas disciplinas, y el paciente 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 trastorno psiquiátrico, psicológico o de una depresión momentánea que pueda estar perturbando su juicio;

vii) **Decisión informada**: Significa la decisión tomada por el paciente, 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 psiquiatra 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 paciente, 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 paciente 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, oralmente 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.

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 paciente 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 paciente terminal se procederá de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley.

3. Que el paciente, 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 paciente, 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, continuados 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 medico 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:

1. 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;
2. ii) Persona(s) con interés material en la muerte del paciente, en virtud de contratos u obligaciones civiles y comerciales;
3. 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 paciente 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 paciente esté inconsciente definitivamente.
3. Que la condición médica del paciente 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 esta 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 la 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 la Protección Social y al Ministerio del Interior y de Justicia.
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 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.

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.

Cordialmente,



ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA

Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente propuesta retoma el texto aprobado en primer debate por la Comisión Primera del Senado, con las modificaciones introducidas ante dicha Célula Legislativa, dentro del curso del Proyecto de ley número 70 de 2012, cuyo trámite final fue el archivo, por no haberse cumplido el segundo debate en la Plenaria del Senado. Al efecto, igualmente se reiteran los argumentos expuestos en la exposición de motivos presentada en su oportunidad:

El Estado colombiano se definió a sí mismo como Estado Social de Derecho, fundado sobre el respeto a la dignidad humana. Esta determinación del pacto constitucional consistente en que se definiera que la dignidad humana se convertía en la estructura básica sobre la que se edifica el andamiaje normativo del Estado, tiene importancia máxima en la creación y aplicación del Derecho.

Ello significa que, en todos los estadios de creación jurídica inferiores al poder constituyente primigenio, habrá de tenerse en cuenta esta disposición, así es que al constituyente derivado, al legislador, al funcionario judicial y administrativo en todas sus decisiones le es exigible atender al concepto constitucional de dignidad humana.

El papel del concepto de dignidad humana ha sido examinado por la Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006, en los siguientes términos:

Desde estos diversos planos la dignidad humana juega un papel conformador del ordenamiento jurídico. En relación con el plano valorativo o axiológico, esta Corporación ha sostenido reiteradamente que la dignidad humana es el principio fundante del ordenamiento jurídico y constituye el presupuesto esencial de la consagración y efectividad de todo el sistema de derechos y garantías de la Constitución. Así mismo ha sostenido, que la dignidad humana constituye la base axiológica de la Carta, de la cual se derivan derechos fundamentales de las personas naturales, fundamento y pilar ético del ordenamiento jurídico. De esta múltiple caracterización ha deducido la Corte Constitucional que la dignidad humana caracteriza de manera definitoria al Estado colombiano como conjunto de instituciones jurídicas.

Frente al concepto de Dignidad Humana, ha expresado el Tribunal Constitucional colombiano:

La Carta Política reconoce el derecho inalienable de todo ser humano a la dignidad, entendida como autonomía o posibilidad de diseñar un plan y de determinarse según sus características vivir como quiera, al punto de constituirse en el pilar esencial en la relación Estado-Persona privada de la libertad, de acuerdo con el artículo 5° de la Constitución Política, los tratados internacionales y la jurisprudencia constitucional (subrayado no original).

El concepto de dignidad permea a todo el ordenamiento constitucional, así que el artículo 11 Superior que consagra el derecho fundamental a la vida, en su carácter inviolable, ha sido entendido por la Corte Constitucional, como la protección a la vida en tanto sea digna.

Así es que cuando en sede de constitucionalidad se estudió el artículo 326 del Decreto número 100 de 1980 (artículo 106 del Nuevo Código Penal), que penaliza el homicidio por piedad, la citada Corporación lo declaró exequible con la advertencia de que 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. Sentencia C-239 de 1997, M. P.: Carlos Gaviria Díaz.

POSICIÓN DE LA CORTE CONSTITUCIONAL FRENTE AL DERECHO A LA MUERTE DIGNA

La Corte Constitucional analizó el tema de la Eutanasia o muerte en condiciones dignas en la precitada Sentencia C-239 de 1997 en donde se demandó la constitucionalidad del artículo 326 del Código Penal que tipificaba el delito de homicidio por piedad, en los siguientes términos:

*La Constitución se inspira en la consideración de la persona **como un sujeto moral**, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que a él le incumben, debiendo el Estado limitarse a imponer deberes, en principio, en función de los otros sujetos morales con quien está abocado a convivir y, por tanto, si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral.*

Asimismo, advirtió que: *el mismo artículo 1° de la Constitución, en concordancia con el artículo 95 consagra **la solidaridad** como uno de los postulados básicos*

del Estado colombiano, principio que envuelve el deber positivo de todo ciudadano de socorrer a quien se encuentre en una situación de necesidad, con medidas humanitarias. Y no es difícil descubrir el móvil altruista y solidario de quien obra movido por el impulso de suprimir el sufrimiento ajeno, venciendo, seguramente, su propia inhibición y repugnancia frente a un acto encaminado a aniquilar una existencia cuya protección es justificativa de todo el ordenamiento, cuando las circunstancias que la dignifican la constituyen en el valor fundante de todas las demás.

El Principio de Dignidad Humana arriba citado, es entendida como *valor supremo*, irradiando al conjunto de derechos fundamentales reconocidos, los cuales encuentran en el libre desarrollo de la personalidad su máxima expresión. 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 juzgue indignas. **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 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.*

En otras palabras, el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad.

Con base en las anteriores consideraciones la Corte, luego de declarar la exequibilidad de la norma precitada, con la advertencia que no podrá derivarse responsabilidad para el médico tratante cuando concurra la voluntad libre e informada del sujeto pasivo del acto, es decir, el paciente decidió: *Exhortar al Congreso para que en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios*

*constitucionales y elementales consideraciones de humanidad, **regule el tema de la muerte digna.***

Igualmente mediante Sentencia T-970 de 2014, la Corte exhorta nuevamente al Congreso de la República a reglamentar el procedimiento de la Eutanasia con el objetivo de brindar seguridad jurídica para dicho procedimiento, en dicha sentencia la Corte establece que **la ausencia de legislación y protocolos médicos como obstáculos para la plena vigencia de los derechos fundamentales.**

En la sentencia se reitera el deber constitucional del Estado de proteger la vida compatible con los derechos como la dignidad y la autonomía, De ahí que frente a aquellas personas que padecen una enfermedad terminal ese deber cede ante su autonomía individual y a *su consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna* y fija una vez más los parámetros para que dicha decisión autónoma e individual se desarrolle.

[L]os puntos esenciales de esa regulación serán, sin duda: 1. Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir. 2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso. 3. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc. 4. Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico. 5. Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones.

En las conclusiones de la Sentencia, la Corte hace un análisis jurídico comparativo de los países donde el procedimiento de la Eutanasia se encuentra reglamentado y concluye que es necesario que en nuestro país al igual que se realizó en los países analizados dotar de mayor seguridad jurídica y precisión técnica de algunos conceptos con el fin de brindar certeza de cuando un médico estaba cometiendo un delito, de manera que el procedimiento que se pretende regular no albergue duda y así el médico y el paciente puedan desarrollarlo de acuerdo a la ley.

Cómo se puede apreciar, la existencia de una reglamentación es muy relevante en estos procesos. Sin normas claras y procedimientos precisos, los médicos no sabrán con exactitud cuándo están cometiendo un delito y cuándo concurriendo a la satisfacción de un derecho fundamental, pues a pesar de que exista una despenalización judicial, de ahí no se sigue la necesaria claridad y certeza para los especialistas. Esa delimitación jurídica también es beneficiosa para los pacientes pues en esos casos se trata de remover barreras.

HOMICIDIO POR PIEDAD Y EUTANASIA

En el tema de la muerte digna se presentan tres tipos de comportamiento:

1. **Asistencia al suicidio** entendida como la situación donde un tercero le suministra los elementos al paciente para que este se dé muerte así mismo.
2. **Eutanasia activa** donde un tercero da muerte al paciente, ya sea con o sin su consentimiento de ahí que sea de forma voluntaria o involuntaria, y
3. **Eutanasia pasiva** donde se deja de practicar al paciente el tratamiento respectivo por imposibilidad de recuperación, la cual también puede ser voluntaria o involuntaria.

Como se desprende del artículo 326 del antiguo Código Penal, se tipificaba como delito la acción de un sujeto de dar muerte a otro bajo una motivación subjetiva de piedad, sin que desde el punto de vista legal interesara el consentimiento de la víctima. Sobre este último aspecto, el **consentimiento del paciente**, la Corte abre paso a la legalización de la Eutanasia Activa y por unidad normativa y jurisprudencial, de la asistencia al suicidio en Colombia, y en estas circunstancias, solo queda pendiente su reglamentación por parte del Congreso.

La eutanasia pasiva no es delito en Colombia. El Código de Ética Médica la permite y no constituye un delito. La eutanasia pasiva consiste en omitir una conducta de la cual se seguirá la muerte de la persona; en cambio la *eutanasia activa* consiste en dirigir la conducta a producir un resultado, por ejemplo dar una inyección o suministrar una droga letal.

LEGISLACIÓN EXTRANJERA

En países como Holanda (2002), Bélgica (2002), y con algunas limitaciones en el Estado de Oregón en los Estados Unidos (1997), se permite la práctica de la

eutanasia activa y del suicidio asistido. En el caso de Suiza (1941), la eutanasia activa es ilegal, pero se permite la asistencia al suicidio y esta puede ser practicada por cualquier persona.

En abril de 2002, el Parlamento Holandés aprobó la ley que permite la Eutanasia y el suicidio asistido en los casos de dolor continuo e insoportable. El paciente tiene que estar lúcido y el médico tratante debe buscar una segunda opinión, solamente él mismo y no la familia, puede administrar la dosis letal.

En mayo de 1997, la Corte Constitucional colombiana dictaminó que no es un crimen ayudar o suministrarle los medios para morir a una persona que padezca una enfermedad terminal, si esta da un claro y preciso consentimiento, sin embargo, la Eutanasia continúa siendo ilegal.

Suecia no tiene leyes específicas en el caso, pero una persona puede ser acusada de asesinato por asistir en una muerte.

En Finlandia, la legislación sobre los enfermos incluye un reglamento sobre la eutanasia y distingue entre eutanasia activa y pasiva. La eutanasia activa no es legal. Por el contrario, la eutanasia pasiva, como la suspensión del tratamiento de un enfermo terminal, está permitida.

Japón permite el suicidio voluntario asistido por médicos desde 1962, sin embargo, raramente sucede debido a tabúes culturales.

El anterior recuento explica que el tema de la eutanasia se ha venido abriendo paso en diferentes ordenamientos jurídicos, además, en el caso de nuestra República, es menester considerar que existen exhortaciones previas de Tribunal Constitucional.

En los anteriores términos, pongo a disposición del honorable Congreso de la República, el proyecto de ley ordinaria, *por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,



ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA

Senador de la República

Capitolio Nacional Segundo Piso. Tel: 3825256

www.armandobenedetti.com