



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2025

(

)

Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En desarrollo del numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, numeral 30 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en cumplimiento de las órdenes proferidas por la Corte Constitucional en las Sentencias T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T- 060 de 2020, C-233 de 2021, T-445 de 2024 y T-057 de 2025,

CONSIDERANDO

Que, según lo establecido por la Ley 23 de 1981, los profesionales de la medicina, deben usar los beneficios de la medicina mientras subsista la esperanza de aliviar el sufrimiento y curar la enfermedad, así como en el contexto del "... diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales", lo que debe articularse con el deber deontológico de no exponer a los pacientes a riesgos injustificados.

Que la Ley 1733 de 2014 regula los 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, y establece el derecho del paciente de no someterse a tratamientos médicos innecesarios, que resulten en la prolongación de la vida, sin que esta suponga una vida digna para el paciente, incluye además el derecho a la suscripción de un Documento de Voluntad Anticipada para indicar sus decisiones si se diera la situación de no poder expresar sus preferencias.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud. En lo pertinente a esta regulación, dispone que los agentes del sistema de salud deben respetar la ética médica y las diversas culturas de las personas, sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud y responder adecuadamente a las necesidades sanitarias relacionadas con el ciclo de vida (literal b del artículo 6). La ley establece, en el artículo 10, el derecho de las personas a: *obtener información clara, apropiada y suficiente para la toma de decisiones respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y sus riesgos (literal d); no ser obligado a recibir un tratamiento y ser respetado en sus creencias y costumbres (literal f) y; a no ser sometido a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad ni a soportar sufrimiento evitable (literal o).*

Que en materia aplicable a la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido actos regulatorios, así:

- a) La Resolución 825 de 2018, mediante la cual dio cumplimiento a la orden contenida en la Sentencia T-544 de 2017 de la Corte Constitucional, en la que dispuso que se debía regular el derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes (NNA), a fin de que los prestadores del servicio de salud, contaran con Comités Interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia (en

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

adelante Comités Interdisciplinarios de Eutanasia) con participación de expertos en NNA en todas las disciplinas participantes, considerando las particularidades de los casos de NNA para la realización de los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente de los NNA. La referida resolución estableció el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los NNA, teniendo en cuenta la multidimensionalidad del derecho, a través de indicaciones sobre el derecho al cuidado paliativo pediátrico, la adecuación de esfuerzos terapéuticos, el concepto de muerte según edad evolutiva y las habilidades para la toma de decisiones de niños, niñas y adolescentes; además se reguló la participación de quienes se encuentran en ejercicio de los derechos de patria potestad.

- b) La Resolución 2665 de 2018, la cual derogó la Resolución 1051 de 2016 y, reglamentando la Ley 1733 de 2014, reguló los requisitos y vías de formalización de los Documentos de Voluntad Anticipada.
- c) La Resolución 229 de 2020, mediante la cual dio cumplimiento a la orden contenida en la Sentencia T-423 de 2017 de la Corte Constitucional, en cuanto dispuso que en la carta de derechos de los pacientes se pusiera en conocimiento lo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente. En esta resolución, dentro de los lineamientos para regulación de derechos y deberes del paciente, se incluyó el derecho fundamental a morir dignamente y un capítulo específico para la garantía de este.
- d) La Resolución 971 de 2021, con la cual derogó la Resolución 1216 de 2015 y dio cumplimiento a la orden contenida en la Sentencia T-423 de 2017 de la Corte Constitucional, en cuanto dispuso que se debían adoptar las medidas necesarias para registrar las solicitudes de eutanasia. Esta resolución creó el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia, regulando la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia e impartió directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Interdisciplinarios de Eutanasia para mayores de edad.

Que, desde la expedición de los actos antes referidos, la Corte Constitucional ha emitido varias sentencias, avanzando en su definición de criterios sobre esta materia y a partir de las cuales ha ordenado a este Ministerio la actualización de sus regulaciones, así:

- a) Mediante la Sentencia C-233 de 2021 de la Corte Constitucional señaló que el Ministerio de Salud y Protección Social debe actualizar sus regulaciones de acuerdo con esa providencia, ejerciendo sus competencias con el fin de: determinar los elementos que hagan operativas las garantías asociadas al derecho fundamental a morir dignamente (en sus tres dimensiones: cuidados paliativos, adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y eutanasia); prever los aspectos de la manifestación del consentimiento propio o sustituto y la suscripción de documentos de voluntad anticipada; profundizar en la eficacia de todas las facetas del derecho en cuestión. Lo anterior, respetando los estándares definidos por la jurisprudencia constitucional, entre los cuales destaca que en aras del principio de eficacia de los derechos fundamentales, para viabilizar la eutanasia no se puede exigir el requisito de enfermedad en fase terminal ni agotar previamente las fases de cuidados paliativos o adecuación de esfuerzo terapéutico y; que entre las condiciones de admisión del Consentimiento Sustituto se debe prever: "*que (i) existan condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna; o (ii) si se presentan contratos o manifestaciones de voluntad anticipada*".
- b) En la Sentencia T-445 de 2024 la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que modifique y actualice la Resolución 971 del 1 de julio de 2021 incorporando los criterios fijados en las Sentencias C-233 de 2021 y T-445 de 2024. Dentro de los criterios desarrollados o reiterados en esta última, se destacan: a) El Estado debe asegurar la prestación del servicio público de salud pero no en contra de la libertad individual e íntimas convicciones, pues la persona es libre de elegir la eutanasia como una opción para finalizar su vida en condiciones de dignidad. b) El derecho fundamental a la morir dignamente a través de la eutanasia se debe garantizar

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

- cuando concurren: (i) la Solicitud de Eutanasia libre, informada e inequívoca, previo o posterior al diagnóstico de la persona que lo solicita y (ii) el padecimiento de un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable (el acceso a la eutanasia no se limita a personas que padezcan enfermedades terminales). c) Es viable el Consentimiento Sustituto, cuando: (i) se requiera evitar prolongar el sufrimiento de un paciente que se encuentre en imposibilidad fáctica para comunicar el consentimiento directo; y (ii) existan condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna o; (iii) si se presentan contratos o manifestaciones de voluntad anticipada.
- c) En la sentencia T-057 de 2025, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que no se excluya a los menores de edad con discapacidad cognitiva de la posibilidad de presentar solicitudes para la activación del procedimiento eutanásico, lo que debe enfocarse también en el marco del modelo social de discapacidad y los elementos estructurales del sistema de apoyos: el principio de primacía de la voluntad y el criterio de la mejor interpretación de la voluntad. Misma sentencia en la que la Corte indica que la muerte constituye una situación tan radicalmente irreversible que no es admisible, cuando no existe el consentimiento de la persona enferma o no es posible identificar el sentido posible de su desición, que otra persona tome la desición de que la vida llegue a su fin.

Que para el cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional con respecto al derecho a morir con dignidad en sus dimensiones Eutanasia y Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos, es necesario unificar y actualizar las regulaciones pertinentes, contenidas en las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021. Esto incluye disposiciones sobre la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia; las directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Interdisciplinarios de Eutanasia; el procedimiento en los eventos de indicación o solicitud de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos; así como el proceso a seguir por los Comités de Ética Hospitalaria o Bioética Asistencial, de requerirse su participación frente a casos de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos.

Que para realizar la actualización de las regulaciones referidas, además de las sentencias antes mencionadas (C-233 de 2021 y T-445 de 2024), se tendrán en cuenta las sentencias anteriores (T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T- 060 de 2020, T- 048 de 2023, T- 239 de 2023, T-445 de 2024 y T-057 de 2025) y en general toda disposición de la Corte Constitucional en esta materia.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo I Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto dar cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación a la Eutanasia y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, contenidas en las Sentencias T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T- 060 de 2020, C-233 de 2021, T-445 de 2024, T-057 de 2025 y derogar las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones aquí previstas se aplicarán a:

- a) El talento humano en salud.
- b) Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.
- c) Las Entidades Promotoras de Salud - EPS o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

- d) Los ciudadanos colombianos, y a las personas extranjeras domiciliadas en el país Colombia.

Parágrafo. Para el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de eutanasia por parte de personas extranjeras, se requiere contar con domicilio ininterrumpido en el territorio colombiano de por lo menos un (1) año.

Artículo 3. Derecho fundamental a morir con dignidad. El derecho a morir con dignidad enmarca las facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte.

La garantía de este derecho, en el marco del sistema general de seguridad social en salud, comprende las atenciones en salud y el cuidado integral del proceso de muerte. La elección de una opción sobre otra no es excluyente, como tampoco es necesario ni mandatorio que se agote una para acceder a otra. En el marco de lo anterior, el derecho incluye las siguientes opciones:

- a) **Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET).** Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta. La AET supone la retirada o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos. La AET no es ni se configura como un procedimiento eutanásico. Cuando se trate de las atenciones en el marco de la garantía del derecho a morir con dignidad, la AET está orientada a prevenir la obstinación terapéutica y a evitar prolongar la condición biológica o la generación de daño y sufrimiento.
- b) **Cuidados Paliativos.** Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad grave e incurable, lesión corporal o condición clínica de fin de vida, en los que el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. Cuando se trate de las atenciones del proceso de muerte, en el marco de la garantía del derecho a morir con dignidad, los cuidados paliativos de final de la vida, están orientados a potenciar la calidad de vida, sin adelantar o retrasar el momento de muerte.
- c) **Cuidados Paliativos Pediátricos.** El cuidado paliativo para los niños, niñas y adolescentes – NNA, es el enfoque de atención hacia el cuidado activo y total, desde el diagnóstico o del reconocimiento de su necesidad, a través de la vida y el proceso de muerte. Incluye la atención de los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Se enfoca especialmente en mejorar la calidad de vida del niño, niña o adolescente y en apoyar a su familia durante el proceso de enfermedad y posterior a la muerte del niño, niña o adolescente. El cuidado activo y total incluye el manejo de síntomas angustiantes, la provisión de descansos cortos durante los tratamientos, la AET y los cuidados durante el proceso de muerte y el duelo.
- d) **Eutanasia.** Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada, a una persona que ha realizado la solicitud voluntaria, informada e inequívoca, al encontrarse en una condición de salud extrema, la cual le genera sufrimiento intratable e irremediable.

La elección de una opción frente a las otras se da en coherencia con el criterio de prevalencia de autonomía y la condición de relativización de la protección del derecho a la vida, no basado en la mera subsistencia sino en el concepto de vida digna del titular del derecho. Cuando se dan circunstancias que impiden al paciente manifestar su voluntad sobre las opciones del

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

derecho a morir con dignidad, se requiere partir de los principios de no daño y vulnerabilidad, en ponderación con los principios de autonomía y dignidad humana.

A razón de lo cual se diferencia el alcance del Consentimiento Informado, para que se den las atenciones relacionadas con cada una de ellas. En consecuencia, en caso de que el paciente no haya expresado su voluntad sobre cómo enfrentar el momento de muerte y no pueda hacerlo como resultado de una alteración en el estado de conciencia o porque nunca contó con habilidades necesarias para desarrollar las habilidades para la toma de decisiones, las opciones disponibles son el Cuidado Paliativo y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos.

Artículo 4. Criterios de la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad. Son criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia: la prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.

Artículo 5. Definiciones. Para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia y de la adecuación de los esfuerzos terapéuticos, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

- a) **Condición de salud extrema.** Situación médica derivada de un diagnóstico clínico comprobado, que se caracteriza por una alteración fisiopatológica grave, que compromete significativamente la vida del paciente, afectando el pronóstico de vida, la respuesta a tratamientos y la funcionalidad. La condición de salud extrema engloba tanto las condiciones incurables como aquellas que, aunque tratables, no tienen solución definitiva en términos de recuperación funcional. Esta condición debe ser percibida por el paciente como dolorosa, inhumana, degradante, abrumadora o incompatible con su concepto de vida digna. En el contexto del derecho a morir con dignidad, la condición se caracteriza por la ausencia de perspectivas razonables de alivio o curación, desde la óptica del paciente, independientemente de las intervenciones médicas disponibles. Una condición de salud extrema incluye: (i) alteraciones de la funcionalidad y (ii) la necesidad de intervenciones médicas continuas o recurrentes.
- b) **Procedimiento eutanásico.** Protocolo de inducción de la muerte que se realiza al paciente que, tras haber recibido respuesta favorable para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, da el Consentimiento Informado para que sean administrados los medicamentos que inducen la muerte de forma anticipada.
- c) **Rechazo Terapéutico.** Es la no autorización de inicio o la solicitud de suspensión, de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, aunque los mismos pudieran resultar en beneficios para el paciente.

Artículo 6. Participación de Comités en el proceso de toma de decisiones sobre el derecho fundamental a morir con dignidad. La participación de Comités como grupos multidisciplinarios o interdisciplinarios para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad, está enmarcada en el tipo de opción elegida por el paciente sobre cómo vivir el momento de muerte, y corresponde a instancias diferentes. Dentro de los Comités que hacen parte de instancias que realizan acciones para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad, están los siguientes:

- a) **Comité de Ética Hospitalaria.** Grupo multidisciplinario, constituido al interior de una institución prestadora de servicios de salud, que desarrolla actividades de tipo consultivo, las cuales estarán enfocadas en la asesoría para la toma de decisiones en situaciones de conflictos ético clínicos. Los comités de ética hospitalaria han evolucionado en el tiempo en aspectos como su conformación y en el alcance de sus funciones consultivas, como consecuencia de la disponibilidad de metodologías de la bioética.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

- b) Comité Interdisciplinario de Eutanasia.** Grupo de expertos interdisciplinarios, cuyo propósito es la verificación del cumplimiento de condiciones de elegibilidad para acceder a la eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad.

Cuando se trata de eutanasia estará presente en todos los casos, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia; su rol principal es de verificador de cumplimiento de las condiciones de elegibilidad y funcionará como instancia de garantía para ejercer el derecho a través de esta opción.

En los eventos de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos actuará el Comité de Ética Hospitalaria, el cual estará presente en los casos en que se requiera su participación para brindar asesoría sobre la toma de decisiones al presentarse un conflicto ético-clínico.

En las situaciones en las cuales el paciente que se encuentra en el manejo de una Solicitud de Eutanasia y opta por iniciar AET, se dará por finalizada la actuación del como Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Cuando un paciente se encuentre en el proceso AET y exprese una Solicitud de Eutanasia se dará la activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, dando aplicación al trámite establecido en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Los Comités de Ética Hospitalaria que en adición a su trabajo central de educación en derechos a la comunidad asistencial y público en general, realizan funciones consultivas, pueden dar recomendaciones sobre conductas asistenciales por medio de la revisión de casos prospectiva y retrospectivamente, así como brindar recomendaciones sobre políticas institucionales y pautas para el actuar ético.

Parágrafo 2. En lo no regulado específicamente en esta resolución, para efectos del funcionamiento del Comité de Ética Hospitalaria, se aplicará la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud, la cual reglamenta la constitución de estos comités.

Artículo 7. Condiciones de salud extrema y el ejercicio del derecho a morir con dignidad. El ejercicio del derecho a morir con dignidad, se hará exigible cuando se presenten situaciones clínicas que originen una condición de salud extrema; para que pueda resultar la condición objetiva de elegibilidad para acceder al derecho a morir con dignidad, se requiere verificar la presencia de cualquiera de las siguientes condiciones:

- 7.1. Condiciones clínicas de fin de vida.** Estadios clínicos del proceso de muerte, diferenciados por la capacidad del organismo para responder a los tratamientos y la proximidad al momento de la muerte. Puede tratarse de:
- a. *Enfermedad o condición incurable avanzada.* Enfermedad o condición incurable cuyo curso es progresivo, con múltiples grados de afectación, y que tiene una respuesta variable a los tratamientos disponibles. La cual, a pesar de las intervenciones evolucionará hacia la muerte a mediano plazo, generalmente de meses a un año.
 - b. *Enfermedad o condición terminal.* Enfermedad o condición médicamente comprobada, avanzada, progresiva e incontrolable, donde los tratamientos y cuidados existentes no ofrecen una respuesta significativa para el control del proceso. Se caracteriza por la generación de sufrimiento físico-psíquico, a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.
 - c. *Agonía.* Estadio que precede al momento de muerte, en el que existe deterioro físico extremo, debilidad severa, pérdida de capacidad cognoscitiva o conciencia, junto con incapacidad de ingesta de alimentos y líquidos, lo que lleva un pronóstico de vida de horas o de días.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

- 7.2. Enfermedad grave e incurable.** Diagnóstico objetivo, clínicamente validado en el cual se presentan condiciones de agotamiento de alternativas de curación, paliación y alivio sintomático. Caracterizado por la irrecuperabilidad e intratabilidad.
- 7.3. Lesión Corporal.** Alteración irreversible de la integridad física, que involucra la pérdida de uno o varios sistemas orgánicos debido a una causa externa. Se caracteriza por la ausencia de perspectivas de curación o mejora significativa; a menudo implican una limitación funcional permanente y grave.

Capítulo II

Del consentimiento y el derecho a morir con dignidad

Artículo 8. Medios para la manifestación de la voluntad sobre las opciones del derecho fundamental a morir con dignidad. En ejercicio del derecho fundamental a morir con dignidad, para dar prevalencia a la autonomía del paciente y a su concepto de dignidad humana y calidad de vida frente a la condición de salud extrema, se deberán tener en consideración varias etapas y mecanismos de manifestación de la voluntad. En primer lugar, la *Solicitud de Eutanasia* o la *Solicitud de AET* son expresiones del paciente que permiten determinar cual sería la posición voluntaria de la persona en torno a la muerte digna; en segundo lugar, se encuentra la *Reiteración de la Solicitud de Eutanasia*, y en tercer lugar, el *Consentimiento Informado* para la realización del procedimiento eutanásico.

La Solicitud de Eutanasia (o de AET) y el Consentimiento Informado deberán registrarse en la historia clínica, mientras que la Reiteración de la Solicitud de Eutanasia se documentará en el Acta del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

La solicitud del paciente para acceder a las opciones de Eutanasia o AET podrá ser manifestada a través de un Documento de Voluntad Anticipada (DVA); este adicionalmente será válido para expresar la Reiteración de la Solicitud de Eutanasia y el Consentimiento Informado para la realización del procedimiento eutanásico, cuando debido a condiciones clínicas específicas, el paciente no pueda manifestar su voluntad de manera directa. Así mismo, serán usados cuando la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones determine que el paciente no cuenta con competencia para decidir sobre la anticipación de la muerte a través del procedimiento eutanásico.

Con el fin de garantizar la prevalencia a los principios de autonomía y dignidad humana, así como al concepto calidad de vida del paciente frente a su condición de salud extrema y el sufrimiento derivado de esta, las distintas formas de manifestación de voluntad y su registro, se regulan a través de los siguientes medios:

- a) **Solicitud de Eutanasia.** Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea acceder al procedimiento eutanásico. La solicitud debe ser personal y voluntaria, por lo cual no puede ser sustituida o expresada por un tercero, pues en tal caso ya no sería eutanasia. La Solicitud de Eutanasia no corresponde a un Consentimiento Informado, en tanto la solicitud corresponde a la voluntad y elección de una opción del ejercicio del derecho a morir con dignidad, a partir de la cual puede iniciar el proceso de trámite y verificación de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico.
- b) **Solicitud de Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos.** Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea que se le inicie la Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos. La solicitud de inicio de AET puede ser expresada por medio de un DVA o por el representante del paciente.
- c) **Documento de Voluntad Anticipada (DVA).** Documento por medio del cual se declaran de forma libre, consciente e informada: la voluntad de someterse o no

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

someterse, a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos y; las preferencias específicas sobre las opciones disponibles frente al derecho a morir con dignidad. Corresponde a una forma de Consentimiento Informado directo. Los DVA deben cumplir con los requisitos de formalidad establecidos en la Resolución 2665 de 2018 o normativa vigente al momento de su suscripción.

- d) **Reiteración de la Solicitud de Eutanasia.** Expresión, verbal o escrita, realizada por el paciente después de haber sido informado por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia que cumple con los criterios de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico. La reiteración debe ser inequívoca, informada y voluntaria, esto es, libre de presiones externas. Su finalidad es confirmar la decisión del paciente, verificando si su voluntad se mantiene firme y consciente, luego de haber recibido información integral sobre su condición de salud, el procedimiento y las alternativas disponibles, haciendo la solicitud persistente en el tiempo. La reiteración no sustituye el Consentimiento Informado, sino que corresponde a un requisito adicional dentro del proceso de trámite de la Solicitud de Eutanasia. En caso de pacientes en estado de imposibilidad fáctica de expresar, de forma verbal o escrita, la reiteración de su decisión, esta podrá darse si se cuenta con un Documento de Voluntad Anticipada que cumpla con los requisitos legales. También si la Solicitud de Eutanasia expresada al médico y registrada en la historia clínica durante las valoraciones, permite al Comité Interdisciplinario de Eutanasia determinar de manera clara y consistente la voluntad inicial del paciente y cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna.
- e) **Registro de Solicitud de Eutanasia (RSE).** Se denominará Registro de Solicitud de Eutanasia al registro en historia clínica, en el que el Comité Interdisciplinario de Eutanasia pueda verificar las siguientes condiciones: (i) que contenga la expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente, de su voluntad de acceder al procedimiento eutanásico; (ii) que refiera sufrimiento intratable e irremediable, secundario a la condición de salud extrema; (iii) que tal expresión de la voluntad haya sido realizada directamente por el paciente al médico, durante la valoración y el proceso asistencial y; (iv) que permita constatar, con absoluta claridad y sin lugar a dudas, que la manifestación fue voluntaria, informada e inequívoca. La verificación de un RSE permitirá al Comité Interdisciplinario de Eutanasia evaluar la procedencia de un Consentimiento Sustituto.
- f) **Consentimiento Informado.** Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial. Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión, tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. El Consentimiento Informado equivale a la autorización del paciente para que ocurra un acto médico y responde a un acto deliberado y elegido por el paciente, conteniendo voluntariedad e intencionalidad. Cuando el consentimiento es expresado por el paciente, corresponde a un Consentimiento Informado directo.
- g) **Consentimiento Sustituto.** Tipo de Consentimiento Informado indirecto, otorgado por un tercero, para que tenga lugar un acto asistencial. En lo que compete a esta resolución, es aquel que da el representante legal o familiar del paciente, cuando este se encuentra en imposibilidad fáctica de dar el Consentimiento Informado directo para la realización del procedimiento eutanásico. La persona que da el consentimiento tiene el deber de actuar bajo la prevalencia de las preferencias del paciente, más no para reemplazar la voluntad del mismo. El Consentimiento Sustituto no se traduce en un poder absoluto puesto que el paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés optando por las preferencias que expresaría el paciente si estuviera consciente. Este no corresponde a una forma de apoyo o ajuste razonable para los pacientes. El Consentimiento Sustituto es un mecanismo excepcional que debe orientarse exclusivamente a preservar la autonomía del paciente en el marco de

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

su mejor interés, evitando interpretaciones arbitrarias o decisiones que resulten en abusos o vulneraciones a la dignidad del paciente.

Artículo 9. Viabilidad del Consentimiento Sustituto. Procederá el uso del Consentimiento Sustituto de manera excepcional, teniendo en cuenta las distintas dimensiones del derecho así:

- 9.1** La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico es viable por Consentimiento Sustituto cuando se verifiquen las siguientes condiciones:
- Su uso se oriente a evitar medios, procedimientos o tratamientos fútiles o desproporcionados que en la condición del paciente puedan resultar en obstinación terapéutica.
 - Su uso esté orientado a permitir el proceso de muerte natural o prevenir la prolongación de una condición biológica que el paciente no considerase una condición de vida digna.
- 9.2** La realización del procedimiento eutanásico es viable por Consentimiento Sustituto cuando se verifique que existen condiciones para determinar que el paciente manifestó voluntariamente la Solicitud de Eutanasia luego de recibir información frente al procedimiento, y se presenten circunstancias clínicas que le impidan al paciente reiterar su solicitud ante el Comité Interdisciplinario de Eutanasia o dar el Consentimiento Informado al médico que realizará el procedimiento eutanásico. Para determinar cuál sería la posición de la persona que presenta circunstancias clínicas que le impiden reiterar la solicitud o dar el Consentimiento Informado, es necesario que se verifiquen las siguientes condiciones:
- El paciente ha expresado la Solicitud de Eutanasia al médico en el marco de la atención y trámite de la solicitud.
 - Existen valoraciones médicas en las cuales se pueda determinar el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad por parte del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.
 - Existe un RSE que permita determinar al Comité Interdisciplinario de Eutanasia cual sería la posición de la persona en torno a la eutanasia como forma de muerte digna.

Artículo 10. Pautas para la Viabilidad del Consentimiento Sustituto. Para establecer la viabilidad del Consentimiento Sustituto, se requiere un nuevo proceso de información sobre las condiciones clínicas del paciente, su pronóstico, la respuesta a tratamientos, la funcionalidad, y sobre la toma de decisiones orientadas a aliviar el sufrimiento intratable e irremediable del paciente, sin basarse en la percepción de sufrimiento de la familia, representantes o equipo médico.

10.1 *Establecimiento de la viabilidad del Consentimiento Sustituto para AET.* Para los casos de AET, será el médico a cargo del caso, con el apoyo del equipo interdisciplinario, quien identifique y verifique de manera estricta, que el uso del Consentimiento Sustituto garantice el cumplimiento de los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, y con ello la no prolongación del sufrimiento del paciente. En caso de presentarse diferencias entre los familiares, representantes y/o el equipo interdisciplinario, se deberá realizar la activación del Comité de Ética Hospitalaria para la evaluación de un caso de AET.

10.2 *Establecimiento de la viabilidad del Consentimiento Sustituto para Eutanasia.* Para establecer si el Consentimiento Sustituto es viable, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia debe identificar que este responda al mejor interés del paciente. Para establecer que el mejor interés del paciente es el uso del Consentimiento Sustituto, su uso debe corresponder a la garantía de la prevalencia de la autonomía del paciente

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

con respecto a lo que el paciente calificaba como sufrimiento intratable e irremediable, secundario a la condición de salud extrema.

El proceso de toma de decisiones del que resulta el Consentimiento Sustituto debe buscar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y autonomía. Cuando se trate del Registro de Solicitud de Eutanasia, este registro deberá constar en la historia clínica y debe permitir evidenciar la preferencia del paciente de manera clara e inequívoca.

Artículo 11. Apoyos y ajustes razonables para la Solicitud de Eutanasia, y el Consentimiento Informado. Cuando por causa de una discapacidad el paciente no pueda o se le dificulte comunicar su preferencia o decisión sobre el derecho fundamental a morir con dignidad, se buscarán todos los apoyos y ajustes razonables de forma que permita o facilite la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de esta.

Los apoyos y ajustes razonables no podrán utilizarse para sugerir, inducir o influenciar la decisión del paciente sobre el procedimiento ni para obtener su consentimiento con base en consideraciones de terceros. Se deberá garantizar que su manifestación de voluntad sea voluntaria, inequívoca y persistente.

Parágrafo. Para el uso de estos apoyos o ajustes razonables se tendrán en cuenta las definiciones establecidas por la Ley 1996 de 2019, o la norma que la modifique o actualice, y los elementos estructurales del sistema de apoyos a saber, el principio de primacía de la voluntad y el criterio de la mejor interpretación de la voluntad.

Capítulo III

De la atención y el proceso asistencial derivado de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos

Artículo 12. Atención de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET). Para el ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado frente a la situación clínica del paciente, se debe priorizar la realización de un proceso continuo de toma de decisiones, basado en los principios de proporcionalidad terapéutica y razonabilidad. En todo proceso de toma de decisiones frente a la AET, la orientación principal será identificar al mejor interés de la persona y lo que representa una vida digna para ella.

El objetivo principal de la AET es prevenir la obstinación terapéutica y permitir el proceso de evolución de la enfermedad o condición, aunque esto pueda derivar en la muerte. El proceso de AET, puede ser iniciado cuando no se evidencien los resultados esperados frente a terapias curativas, de sostén vital o paliativas. Todo proceso de deliberación sobre la AET debe incluir el planteamiento de opciones terapéuticas disponibles y el señalamiento de lo que en cada caso puede ser inapropiado, no indicado, no soportado por la ciencia médica o generar daño. La AET incluye el rechazo terapéutico de medidas de sostén vital y de medios que reemplazan funciones biológicas.

Artículo 13. Indicación de AET por un médico o equipo médico. De conformidad a la autonomía profesional, los médicos, de acuerdo con la evaluación de la condición clínica del paciente, podrán dar o no inicio al proceso de AET.

Para disminuir posibles conflictos de criterio médico debe procurarse el consenso entre los grupos inter y multidisciplinarios que estén a cargo del cuidado integral del paciente. En caso de no poder definir un plan de cuidado por consenso, se podrá requerir al Comité de Ética Hospitalaria o a profesionales que realicen consultas de apoyo de bioética (donde estos se encuentren disponibles), para que ofrezcan posibles cursos de acción frente al caso en particular.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Artículo 14. Solicitud de AET por el paciente o su representante. El paciente podrá solicitar el inicio de un proceso de ajuste de objetivos y tratamientos, de acuerdo con su condición clínica y con su concepto de calidad de vida y dignidad humana.

El inicio del proceso de AET podrá ser solicitado por el representante del paciente en caso de que este se encuentre en una condición de incapacidad mental o alteración del estado de conciencia derivada de la condición clínica de final de vida, enfermedad grave e incurable o lesión corporal, que hagan imposible su participación en la toma de decisiones.

Parágrafo. Para el caso de las personas en condición de discapacidad, el proceso de toma de decisiones sobre la solicitud de AET, debe hacerse en primer lugar procurando los apoyos y ajustes razonables, siempre que existan condiciones para determinar cuál es la posición de la persona en torno a la decisión, dando prevalencia al principio de primacía de la voluntad y el criterio de la mejor interpretación de la voluntad.

Artículo 15. Proceso de AET. El ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado frente a la situación clínica del paciente, como proceso continuo de toma de decisiones, está basado en los principios de proporcionalidad terapéutica y razonabilidad, e incluye decisiones sobre la continuidad o suspensión de terapias, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos diagnósticos o terapéuticos y curativos o paliativos.

Durante todo el proceso de AET, se debe garantizar el alivio de síntomas con el enfoque integral de cuidados paliativos, de la misma manera que ha de continuarse el acompañamiento integral a la familia o representantes del paciente.

Todos los procesos de AET deben ser registrados en la historia clínica, sin excepción, y deben incluir como mínimo los registros sobre:

15.1 El proceso de información y comunicación permanente entre el paciente, sus representantes y el equipo médico. La definición simultánea de cuáles terapias y actividades:

- a) Se retirarán.
- b) Se continuarán por un tiempo determinado.
- c) Se continuarán indefinidamente o hasta nueva valoración.
- d) No se instaurarán.

15.2 La definición del paciente de que considera daño y sufrimiento intratable e irremediable, en la condición de salud extrema en la que se encuentra, así como del concepto de calidad de vida en salud, con respecto a medidas desproporcionadas, entre los fines y los medios terapéuticos en su condición. En los casos en los cuales el paciente no pueda expresarlo de manera directa, esta definición se construirá en conjunto con su familia o representantes del paciente.

15.3 Las medidas de paliación de los síntomas emergentes y esperados de la evolución natural de la enfermedad o condición de salud extrema, así como aquellos resultado de las intervenciones que se han retirado o no instaurado.

Parágrafo. Cuando las IPS cuenten con servicios de consultoría ético-clínica o servicios de bioética asistencial, éstos podrán ser consultados, a consideración de los médicos, para participar y orientar el proceso de toma de decisiones relacionado con la situación de incertidumbre ético-clínica relacionada con la AET.

Artículo 16. Atención de la AET en el caso de NNA. Para el ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado frente a la situación clínica del paciente, se debe priorizar el proceso continuo de toma de decisiones compartidas, basado en los principios de proporcionalidad terapéutica y razonabilidad, teniendo en cuenta el principio de interés superior del menor, y lo establecido en los artículos 14 o 15 y 16 de la presente resolución.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

En todo proceso de toma de decisiones frente a la AET, de acuerdo con la edad del NNA, se procurará informar a este y promover la participación en determinación de lo que se considera su mejor interés, teniendo en cuenta su desarrollo cognitivo y madurez, así como el contexto en el que se encuentra, el proceso de información sobre su condición clínica, diagnóstico, pronóstico, funcionalidad, y posibilidades de desarrollar calidad de vida en salud de acuerdo con sus metas y expectativas, para lo cual se deberán tener en cuenta las definiciones del artículo 31 de la presente resolución.

El proceso de AET para menores de edad incluye los NNA susceptibles de verse beneficiados de la atención por cuidados paliativos pediátricos, según lo regulado en el presente acto normativo, en especial en los artículos 32 y 33.

Artículo 17. Actuación de Comités de Ética Hospitalaria para la evaluación de un caso de AET. En caso de presentarse una situación de incertidumbre ético-clínica, diferencias técnicas, presencia o sospecha de conflictos de intereses, cualquier miembro del equipo médico podrá solicitar un concepto sobre el caso al Comité de Ética Hospitalaria. Los conceptos de los Comités de Ética Hospitalaria son de tipo consultivo orientativo, y podrán ser o no tenidos en cuenta para dar curso al proceso de toma de decisiones en conjunto con el paciente o su representante.

Parágrafo. Donde se encuentren disponibles equipos de bioética clínica o interconsulta a bioética asistencial en adición a los Comités de Ética Hospitalaria, estos pueden ser llamados a apoyar el proceso de toma de decisiones.

Artículo 18. Conformación de Comités de Ética Hospitalaria para la evaluación de un caso de AET. Para los casos de AET, que sea necesario elevar a consulta, los Comités de Ética Hospitalaria de las IPS, deberán sesionar con una integración multidisciplinar, que incluya:

- a) Una persona con entrenamiento en bioética.
- b) Un médico con la especialidad del diagnóstico principal que padece el paciente.
- c) Un abogado representante de la oficina jurídica.
- d) Un representante de los pacientes.
- e) Un representante del equipo psicosocial.

El Comité de Ética Hospitalaria encargado de revisar los casos de AET, previo al inicio de la revisión del caso debe adoptar una metodología específica de deliberación antes de iniciar la revisión del caso para la emisión de un concepto. De la deliberación sobre el caso debe generarse un acta, en la que se registre la conclusión de los posibles cursos de acción consensuados, la cual debe ser entregada al médico o equipo médico que haya solicitado el concepto, así como al paciente y a las personas que este considere que deben estar en conocimiento de la recomendación, de la misma manera que al representante del paciente cuando sea el caso. El reporte del concepto debe registrarse a su vez en la historia clínica del paciente.

El tiempo de resolución y definición de cursos de acción no debe superar los 15 días calendario, esto sin perjuicio de los tiempos propios de la deliberación del caso.

Parágrafo. Para los casos de AET de menores de edad, dentro de la conformación del Comité de Ética Hospitalaria se incluirá un Pediatra, en cambio del médico con la especialidad del diagnóstico principal que padece el paciente.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Artículo 19. Inicio de la atención de una Solicitud de Eutanasia. Para dar inicio a la atención de una Solicitud de Eutanasia el paciente debe expresar de forma voluntaria su elección de esta opción para ejercer el derecho a morir con dignidad. La solicitud se estructura como autónoma, informada, inequívoca y persistente durante el proceso de atención y trámite de la misma.

Para el caso de las personas en condición de discapacidad, a quienes se les dificulte comunicar la solicitud, se les prestarán todos los apoyos y ajustes razonables que permitan la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de esta. Mediante los apoyos y ajustes no se podrá sugerir, insinuar o buscar el asentimiento de consideraciones realizadas por terceros, incluyendo a los propios profesionales de la salud.

Artículo 20. Requisitos mínimos para dar trámite a la Solicitud de Eutanasia. Una vez el paciente exprese de forma voluntaria que desea la eutanasia, el médico que recibe la solicitud, deberá constatar la presencia de los siguientes aspectos:

- a) Que el paciente presente una condición de salud extrema.
- b) Que el paciente refiera sufrimiento intratable e irremediable, secundario a la condición de salud extrema.

Artículo 21. Recepción de la Solicitud de Eutanasia. Una vez el médico que recibió la solicitud haya constatado la presencia de los requisitos señalados en el artículo 20, deberá:

- a) Informar al paciente sobre el proceso a seguir, como lo establece el artículo 22 de esta resolución; en caso de que la Solicitud de Eutanasia sea por DVA o a través de un RSE, informar a la familia del paciente o a la persona que haya sido delegada para tal fin como lo establece el artículo 23 de la presente resolución.
- b) Revisar que la solicitud sea voluntaria, autónoma, informada e inequívoca.
- c) Registrar la Solicitud de Eutanasia en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada por el paciente.
- d) En caso de que se cumplan las condiciones antes señaladas: (i) reportar la solicitud al Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia dentro de las primeras 24 horas siguientes, y (ii) activar el Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Todos los médicos son competentes para recibir una Solicitud de Eutanasia; este acto asistencial no está limitado ni es exclusivo de los médicos tratantes o de la especialidad del diagnóstico que motiva la condición de final de la vida. La recepción de la solicitud activa un proceso asistencial que lleva a evaluaciones y verificaciones por las partes respectivas a las valoraciones que determinan el cumplimiento de condiciones para acceder a la eutanasia.

El médico que reciba la Solicitud de Eutanasia es el primer responsable del reporte de información de que trata el artículo 43 de esta resolución.

Artículo 22. Información al paciente que realiza la Solicitud de Eutanasia. Una vez el médico ha identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 20 de esta resolución, deberá:

22.1 Informar al paciente que expresa la solicitud sobre:

- a) Derecho a la AET, lo que incluye orientación sobre las opciones disponibles.
- b) Derecho a recibir atención por cuidados paliativos.
- c) Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento.
- d) Proceso de activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia y que es a este a quien le corresponde verificar el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

- e) Viabilidad del Consentimiento Sustituto en caso de que sobrevenga una situación que impida la Reiteración de la Solicitud de Eutanasia o el Consentimiento Informado, para el procedimiento eutanásico.

22.2 En caso de que la solicitud del paciente persista tras recibir la información, se deberá indicar cuál es el proceso asistencial de las evaluaciones y valoraciones para dar curso a su solicitud y que determinarán la:

- a) Capacidad y competencia mental.
- b) Presencia de sufrimiento intratable e irremediable.
- c) Condición de salud extrema y características de esta.
- d) Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la condición de salud extrema o evidencia de rechazo terapéutico a estas alternativas.

Parágrafo. La razonabilidad de los tratamientos depende de los principios de proporcionalidad, doble efecto y consecuencias de estos para la persona y lo que considera calidad de vida y dignidad en su condición clínica. La identificación de alternativas razonables debe tener en cuenta la posibilidad del rechazo terapéutico y la posible futilidad de medios, procedimientos o tratamientos.

Artículo 23. Información sobre la Solicitud de Eutanasia a través de un Documento de Voluntad Anticipada – DVA. El médico que ha recibido una solicitud por medio de un DVA deberá informar a la familia, o a quien haya sido designado en el documento, sobre:

23.1 El derecho a recibir atención por cuidados paliativos y el acceso a la AET.

23.2 El proceso de activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

23.3 El proceso clínico de las evaluaciones y valoraciones que determinarán:

- a) La validez jurídica del documento para la Solicitud de Eutanasia.
- b) La presencia de sufrimiento intratable e irremediable.
- c) La presencia de condición de salud extrema y características de esta.
- d) La inexistencia de alternativas razonables de tratamiento.

Artículo 24. Incumplimiento de condiciones mínimas para el procesamiento de la Solicitud de Eutanasia. El Comité Interdisciplinario de Eutanasia no se activará en los siguientes casos: (i) cuando la solicitud sea por medio de un tercero en ausencia de un DVA o de un RSE, (ii) exista ausencia de información concreta sobre el ejercicio de derechos al final de la vida o (iii) se dé el desistimiento de la solicitud tras ser informado de acuerdo con lo establecido por el artículo 22 de esta resolución.

Artículo 25. Desistimiento de la Solicitud de Eutanasia. En cualquier momento del proceso de atención y trámite de una Solicitud de Eutanasia, la persona podrá desistir de la misma y optar por otras alternativas del cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo y la AET. Alternativas que deben ser iniciadas tan pronto se dé la expresión de desistimiento.

Artículo 26. Valoraciones y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico. Las valoraciones, y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico, deben darse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la expresión de la solicitud. Como parte del trámite de la solicitud se requieren las siguientes valoraciones y evaluaciones:

- a. Valoración de la capacidad mental para la toma de decisiones.
- b. Evaluación de la presencia de una condición de salud extrema debidamente diagnosticada.
- c. Evaluación de identificación de la perspectiva del paciente, en la que califica la condición de salud extrema como dolorosa, inhumana, degradante, abrumadora e incompatible

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

con su concepto de vida digna, ante la cual no hay alivio desde la perspectiva del paciente.

- e) Valoración del sufrimiento intratable e irremediable y la identificación de alternativas razonables de alivio de este.

Todas las actuaciones relacionadas con el manejo de la solicitud, evaluaciones, valoraciones y conceptos derivados de dicho trámite, serán registradas en la historia clínica del paciente y esta documentación será remitida al Comité Interdisciplinario de Eutanasia, para ser usada en el proceso de verificación.

Para el caso de las personas en condición de discapacidad, se le ofrecerán los ajustes y apoyos razonables mediante los cuales se pueda determinar la capacidad y competencia mental, para la toma de la decisión de anticipación de la muerte, así como la evaluación del sufrimiento intratable e irremediable. En caso de que estas no puedan ser evaluadas o se encuentre un incumplimiento, esta información debe ser indicada al Comité Interdisciplinario de Eutanasia de manera clara y objetiva.

Para las evaluaciones que se dan en el contexto del uso de un Registro de Solicitud de Eutanasia - RSE, deberán explorarse dentro de las valoraciones las condiciones clínicas en las que se encontraba el paciente, indicando si su expresión se considera libre, informada e inequívoca, frente a la condición de salud extrema y presencia del sufrimiento que motivó la expresión.

Artículo 27. Valoraciones y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico, cuando se trata de una Solicitud de Eutanasia por medio de DVA. Las valoraciones y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico, cuando se trata de una Solicitud de Eutanasia por medio de DVA, deben darse dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la expresión de la solicitud. Como parte del trámite de la Solicitud de Eutanasia por medio de DVA se requieren las siguientes valoraciones y evaluaciones:

- a. Evaluación de validez jurídica del documento.
- b. Evaluación de la presencia de una condición de salud extrema debidamente diagnosticada.
- c. Valoración de la perspectiva del paciente, en la que califica la condición de salud extrema como dolorosa, inhumana, degradante, abrumadora e incompatible con su concepto de vida digna, ante la cual no hay alivio desde la perspectiva del paciente, de acuerdo con lo registrado en el DVA.
- d. Evaluación del sufrimiento e identificación de alternativas razonables de alivio de este, de acuerdo con lo registrado en el DVA.

El uso del DVA, supone que el paciente está en incapacidad mental o en estado alterado de conciencia para expresar su voluntad en el inicio o continuidad del trámite, y por lo tanto no se realizará evaluación de la capacidad mental en tanto que, al momento de suscribirlo, el paciente ha realizado la declaración concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y que está informado de las implicaciones de su declaración.

Parágrafo. En caso de que en el DVA se registre el rechazo o desistimiento específico, claro, expreso e inequívoco, sobre la recepción de cuidados paliativos, la valoración de cuidados paliativos no tendrá que ser incluida.

Artículo 28. Trámite de revisión de la Solicitud de Eutanasia por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Realizadas las evaluaciones y valoraciones, el Comité deberá sesionar y verificar la existencia de las condiciones de elegibilidad para adelantar el procedimiento eutanásico; esto es, la presencia de:

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

- a) Un diagnóstico(s) que se configura en una condición de salud extrema.
- b) Sufrimiento intratable e irremediable, secundario a la condición de salud extrema.
- c) Capacidad mental para tomar la decisión de anticipación de la muerte por medio del procedimiento eutanásico.
- d) Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para el diagnóstico que provoca la condición de salud extrema o para el alivio de síntomas derivados de esta.
- e) La oferta de cuidados paliativos y de AET.

Si se cumplen condiciones de elegibilidad para adelantar el procedimiento eutanásico, se informará al paciente la decisión y se solicitará al paciente la reiteración de la Solicitud de Eutanasia.

En el evento de que el paciente reitere su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y este será programado en la fecha que la persona indique. En caso de que el paciente no cumpla con las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico, deberá continuarse el cuidado integral al paciente. En este caso se mantendrán las atenciones relacionadas con AET y Cuidados Paliativos, según corresponda al caso.

Parágrafo 1. No será tramitado el DVA que se identifique como inadecuadamente formalizado o cuyo contenido le haga carecer de validez jurídica, de acuerdo con la normatividad vigente para tal fin.

Artículo 29. Trámite de verificación del Consentimiento Sustituto por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Cuando el Comité Interdisciplinario de Eutanasia se encuentre realizando el trámite de verificación de que trata el artículo 28 de la presente resolución, y se den circunstancias clínicas sobrevinientes que generen la imposibilidad fáctica para Reiterar la Solicitud de Eutanasia o dar el Consentimiento Informado para el procedimiento eutanásico, se deberá identificar la situación de viabilidad, según lo definido por los artículos 9 y 10; y de acuerdo con el caso, proceder a una revisión minuciosa de las condiciones de elegibilidad. Para realizar una revisión minuciosa que permita identificar la viabilidad del Consentimiento Sustituto, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, debe adelantar las siguientes actividades:

- a) Verificar que el paciente se encuentre en la imposibilidad fáctica de reiterar su solicitud o dar su consentimiento directo para el procedimiento eutanásico.
- b) Verificar que el paciente haya expresado la Solicitud de Eutanasia directamente al médico, durante la valoración y el proceso asistencial.
- c) Verificar que existen valoraciones médicas en las cuales se pueda determinar el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad.
- d) Corroborar la existencia de al menos un registro en la historia clínica sobre la voluntad del paciente frente a las opciones de muerte digna, dado durante la atención y trámite de la solicitud que permita de forma inequívoca identificar cual sería la posición de la persona en torno a la muerte digna.
- e) Revisar que no haya presencia de ganancias secundarias por parte de quienes darán el Consentimiento Sustituto para la realización del procedimiento eutanásico; esta verificación se orientará a la identificación de situaciones que comprometan la definición del mejor interés del paciente, como la presencia de un cuidador cansado o condiciones psicosociales que deriven en conflictos de interés.
- f) Dejar constancia de este trámite de verificación en el acta de la sesión.

En caso de considerarlo necesario, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia podrá solicitar nuevos conceptos y valoraciones a los profesionales de la salud, en aras de garantizar el criterio de prevalencia de la autonomía del paciente, sin que la solicitud de nuevos conceptos o nuevas valoraciones afecten los criterios de oportunidad, celeridad o imparcialidad.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Parágrafo 1. El Comité está facultado para citar directamente a los familiares o a personas íntimamente ligadas al paciente, con el fin de solicitar que estas personas brinden elementos adicionales a través de valoraciones por trabajo social o psicología, y a convocar al ministerio público, de considerarlo necesario, para dar garantía la prevalencia de la voluntad del paciente frente al derecho a morir con dignidad.

Parágrafo 2. En los casos en los que el Comité Interdisciplinario de Eutanasia haya sido activado a través de un Registro de Solicitud de Eutanasia, el Comité está facultado para citar al médico que realizó el registro y para definir si dicho registro de la solicitud de eutanasia, tiene las características de voluntario e inequívoco teniendo en cuenta el tiempo que haya pasado desde cuando se realizó el registro en la historia clínica hasta el momento en el cual se realizan las sesiones del Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Artículo 30. Programación del procedimiento. Una vez sea reiterada la decisión del paciente, este definirá la fecha de realización del procedimiento. La programación del procedimiento eutanásico podrá ser concertada con el personal encargado de la realización, de acuerdo con su disponibilidad, sin perjuicio de los criterios para la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad.

Hasta la realización del procedimiento, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá mantener sesiones de seguimiento. Para el seguimiento el Comité podrá delegar a uno de sus integrantes u otro profesional del talento humano en salud, para que vigile que se continúe el cuidado integral de las necesidades del paciente.

Parágrafo. Para los casos de los que trata el artículo 9.2, la programación del procedimiento será definida por quien dará el Consentimiento Sustituto para que se realice el procedimiento eutanásico.

Artículo 31. Consentimiento Informado para la realización de procedimiento eutanásico. El Consentimiento Informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico, y es resultado del proceso de información, valoraciones, trámite y verificación de las condiciones de elegibilidad de la persona que expresó la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma. Cuando se ha tramitado la solicitud por medio de un DVA, tal documento se entiende como Consentimiento Informado para la realización del procedimiento.

Artículo 32. Consentimiento Sustituto para la realización de procedimiento eutanásico. En caso de que el paciente, durante el proceso de la atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia, presente circunstancias clínicas que lleven a una situación de incapacidad para la toma de decisiones, que no le permitan dar el Consentimiento Informado para el procedimiento eutanásico, este podrá ser otorgado por medio del Consentimiento Sustituto, una vez el Comité Interdisciplinario de Eutanasia haya verificado lo establecido por el artículo 28.

Cuando el paciente ha reiterado su Solicitud de Eutanasia, tras haber recibido un concepto favorable por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, y ha programado el procedimiento eutanásico, pero sobrevienen circunstancias clínicas que le impiden dar su Consentimiento Informado antes de llevar a cabo el procedimiento eutanásico, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, en cumplimiento de las funciones dispuestas por el artículo 53 literales n) y o), verificará si en la historia clínica se han registrado cambios en la preferencia del paciente.

Artículo 33. Revisión de decisiones sobre improcedencia de la eutanasia. Sobre las decisiones que niegan la procedencia de la eutanasia, se actuará así:

- a) **Petición de segunda opinión de recepción de solicitud por parte del paciente.** El paciente que no esté de acuerdo con la decisión del médico que recibió su Solicitud de Eutanasia, respecto de la no activación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia,

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

puede requerir una segunda opinión a su EPS o a la entidad que cumpla la función de aseguramiento. Esta designará a otro profesional de la salud, disponible dentro de la red prestadora, para que revise el caso y adopte decisión. En todo caso, cuando el médico tenga dudas sobre cualquiera de los requisitos mínimos señalados en los arts. 20 y 21, debe activar el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, para que se adelanten las verificaciones pertinentes.

- b) Petición de revisión de decisión por parte del paciente, cuando la respuesta del Comité Interdisciplinario de Eutanasia es de no cumplimiento de requisitos.** El paciente que reciba una respuesta de no cumplimiento de requisitos al trámite de su solicitud, podrá requerir que el mismo Comité Interdisciplinario de Eutanasia, revise su decisión.

En caso de que se encuentre con una nueva negativa, quedarán agotadas las posibilidades de acceso a la eutanasia dentro del sistema de salud.

La segunda opinión del médico o revisión de la decisión del Comité solo pueden ser requeridas por el paciente; no podrán ser presentadas a través de Consentimiento Sustituto ni por quienes se encuentren en ejercicio de derechos de patria potestad.

Capítulo V

Atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia menores de 18 años

Artículo 34. Definiciones para la atención y trámite de la Solicitud de Eutanasia en menores de 18 años. Para hacer efectivo trámite de la Solicitud de Eutanasia de NNA, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

- 34.1 **Toma de decisiones de NNA en el ámbito médico.** La toma de decisiones de NNA en el ámbito médico está definida por la concurrencia de las siguientes aptitudes: (i) capacidad de comunicar la decisión, (ii) capacidad de entendimiento, (iii) capacidad de razonar y (iv) capacidad de juicio.
- 34.2 **Concepto de muerte según edad evolutiva de NNA.** El entendimiento del concepto de la muerte evoluciona con la edad hasta consolidarse como irreversible e inexorable, así:
- De 0 a 3 años.* La muerte no es un concepto real ni formal. No existe idea de muerte propia.
 - De 3 a 6 años.* El niño o niña desarrolla su pensamiento pre lógico e intuitivo; aparece la idea de muerte como fenómeno temporal; la muerte es reversible o transitoria. No se consolida idea de muerte propia.
 - De 6 a 12 años.* El niño o niña desarrolla un pensamiento lógico, operacional, que le permite adquirir elementos que hacen parte del concepto de muerte, como la inmovilidad, universalidad e irrevocabilidad. El concepto de muerte se elabora con gradual consciencia de irreversibilidad y de final. La muerte propia o de un ser querido, puede ser difícil de comprender.
 - A partir de los 12 años.* Desde los doce años se presenta el concepto de muerte vinculado a la capacidad de abstracción, desde el cual se logra el entendimiento de que todas las personas, incluido uno mismo, vamos a morir en algún momento. La propia muerte se percibe lejana de manera general. El concepto de muerte se consolida como irreversible, universal e inexorable.

Sobre el concepto de muerte se debe reconocer que de forma excepcional algunos niños o niñas, en los últimos dos rangos, pueden alcanzar conceptos móviles dependiendo de la experiencia, su desarrollo cognitivo y madurez, en cada situación particular, en especial, para los niños y niñas cercanos a los 12 años.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

34.3 **Patria potestad.** Para efectos del ejercicio de la patria potestad se tendrá en cuenta lo definido por las leyes colombianas. Para los efectos de esta resolución, la patria potestad será ejercida para mejorar las condiciones de salud de los menores, sin embargo, no se traduce en un poder absoluto sobre ellos, por el contrario, debe tenerse en consideración la opinión de los menores de 18 años, y bajo circunstancias específicas, sólo será válido el consentimiento emanado de los menores que han sido evaluados para la toma de decisiones de una opción en particular.

Artículo 35. Derecho a cuidados paliativos pediátricos. Tienen derecho a cuidado paliativo pediátrico todos los NNA, con condiciones limitantes para la vida, o que acortan el curso de la misma, en las cuales no hay esperanza razonable de cura y por la cual el NNA podría morir, así como las condiciones amenazantes para la vida, las cuales pueden ser susceptibles de manejo curativo de eficacia comprobada, que puede fallar y derivar en la muerte.

Artículo 36. Niños, Niñas y Adolescentes susceptibles de requerir cuidados paliativos pediátricos. Son sujetos de cuidados paliativos pediátricos:

- a) NNA con condiciones amenazantes para la vida, susceptibles de manejo curativo que puede fallar. El cuidado paliativo pediátrico puede ser necesario durante una crisis, durante el tratamiento o en caso que el mismo falle.
- b) NNA con condiciones donde la muerte prematura es inevitable, quienes pueden presentar largos periodos de tratamiento intensivo que tengan como objetivo prolongar la vida y permitir la participación en actividades normales.
- c) NNA con enfermedades progresivas, sin opciones de tratamiento curativo, donde el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede verse extendido durante muchos años.
- d) NNA con enfermedades irreversibles, pero no progresivas que causan discapacidad severa y derivan en susceptibilidad a complicaciones de salud y a la muerte prematura.

Parágrafo 1. Los cuidados paliativos para NNA deben ser ofertados y garantizados sin que medie solicitud previa del niño, niña o adolescente o de quien ejerza la patria potestad o de los adultos responsables de su cuidado.

Parágrafo 2. Los NNA con necesidades especiales de atención de su salud y los dependientes de tecnología, por el solo hecho de presentar estas condiciones especiales, no serán sujetos directos de cuidado paliativo pediátrico. Sin embargo, de acuerdo con la severidad y características de su condición, serán susceptibles de ser beneficiarios del mismo, a criterio del médico tratante.

Artículo 37. Sujetos de exclusión de la solicitud del procedimiento eutanásico. Se excluyen de la posibilidad de presentar una solicitud para el procedimiento eutanásico, las siguientes personas:

- a) Recién nacidos y neonatos.
- b) Primera infancia.
- c) Grupo poblacional de los 6 a los 12 años, salvo que se cumplan las condiciones definidas en el parágrafo del presente artículo.

Parágrafo. Sin perjuicio de que se cumplan todos los requisitos establecidos en el artículo 19 de la presente resolución, los niños o niñas del grupo poblacional entre los 6 y 12 años, podrán presentar solicitudes de aplicación del procedimiento eutanásico si: (i) alcanzan un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional, que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca en el ámbito médico y (ii) su concepto de muerte alcanza el nivel esperado para un niño o niña de 12 años o más, según lo descrito en el literal d) del artículo 34, numeral 34.2 de la presente resolución.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Artículo 38. Información al adolescente, que solicita eutanasia. Una vez el médico haya identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 20 de esta resolución, deberá suministrar al paciente la información estipulada en el artículo 22, teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra, y sobre el deber de informar al respecto de su solicitud a quien ejerza la patria potestad, de la misma manera que sobre las características de la concurrencia para la solicitud en caso de que esta corresponda.

El proceso de información al adolescente debe tener en cuenta lo estipulado por la Resolución 309 de 2025, o la norma que la modifique o actualice, con respecto a las Recomendaciones para atenciones que requieren especial atención a la autonomía progresiva y contextual.

Artículo 39. Concurrencia para la Solicitud de Eutanasia. La concurrencia para solicitar eutanasia de quien ejerza la patria potestad del NNA se registrará por el interés superior del menor, de la siguiente forma:

- a) De los 6 años hasta los 14 años, es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño, niña o adolescente.
- b) De los 14 a los 17 años de edad no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. No obstante, siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente.

Parágrafo. Para los casos establecidos en la presente resolución aplican las disposiciones contenidas en los artículos 310 y 315 del Código Civil relacionadas con la patria potestad.

Artículo 40. Valoraciones, evaluaciones y verificación de condiciones. Las valoraciones, y evaluaciones de condiciones de elegibilidad para acceder al procedimiento eutanásico deben darse dentro de los quince (15) días calendario siguiente a la Solicitud de Eutanasia, por lo demás deberán cumplir con lo establecido en el artículo 26 de la presente resolución. Adicionalmente, para el caso de adolescentes, o de un caso excepcional de 6 a 12 años, se deberá incluir:

- a) Evaluación del concepto de muerte según edad evolutiva. Se debe hacer énfasis en el concepto personal del adolescente frente a la muerte en su situación particular.
- b) Una evaluación de la condición psicológica y emocional y la capacidad y competencia para concurrir de quien ejerza la patria potestad; en caso de que corresponda la concurrencia.

Artículo 41. Trámite de revisión de la solicitud de un adolescente. Realizadas las evaluaciones y valoraciones, el Comité deberá sesionar y verificar la existencia de las condiciones de elegibilidad para adelantar el procedimiento eutanásico a saber

- a) Lo establecido por el artículo 28.
- b) El concepto de muerte según edad evolutiva.
- c) La presencia de evaluaciones favorables sobre la condición psicológica y emocional y la capacidad y competencia para concurrir, de quienes se encuentren en necesidad de concurrir para los menores de 14 años.

Si estas se cumplen, se informará la decisión al paciente y a quienes se encuentren en ejercicio de los derechos de patria potestad y se preguntará al paciente, si reitera su decisión. En el evento de que el paciente reitera su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y este será programado en la fecha que el paciente lo indique. En caso de que el paciente no cumpla con las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico, deberá continuarse el cuidado integral al paciente, y mantener las atenciones relacionadas con AET y Cuidados Paliativos Pediátricos, según corresponda al caso.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Artículo 42. Consentimiento Informado para la realización de procedimiento eutanásico.

Para el caso de NNA, el Consentimiento Informado para el procedimiento se configura desde la autonomía progresiva y contextual, en reconocimiento a que la capacidad civil de ellos no es aplicable en forma automática al consentimiento en los tratamientos médicos. En consecuencia, se podrá considerar válido el Consentimiento Informado dado de manera directa por el paciente para la realización del procedimiento eutanásico.

En los casos de NNA, quien durante el proceso de manejo de la Solicitud de Eutanasia se deterioren clínicamente, llevando a una situación de incapacidad para la toma de decisiones, que le permita dar el Consentimiento Informado para el procedimiento eutanásico, este podrá ser otorgado por quienes se encuentren en ejercicio de los derechos de patria potestad, mientras se actúe en prevalencia de la decisión del paciente, de acuerdo con lo establecido en los numerales 9.2 y 10.2, y el artículo 31 de esta resolución. En caso de que se llegase a presentar una diferencia entre quienes pueden dar el Consentimiento Sustituto, deberá prevalecer la decisión tomada por el NNA en todo caso.

Parágrafo . Quienes siendo mayores de 14 años hayan tramitado la solicitud por medio de un DVA, tal documento se entiende como Consentimiento Informado para la realización del procedimiento.

Capítulo VI

Reporte de las solicitudes de ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia

Artículo 43. Reporte de las Solicitudes de Eutanasia. El prestador de servicios de salud, a través de los médicos que reciben la solicitud y del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, debe reportar a este Ministerio, mediante el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia - SRSE, la información de la Solicitud de Eutanasia contenida en el Anexo Técnico 1 que hace parte de la presente resolución. El reporte tendrá los siguientes pasos:

- a) Reporte del médico que recibe la solicitud.
- b) Reporte del Comité, cuando recibe la solicitud por parte del médico.
- c) Reporte del Comité, cuando actualiza el estado, al verificar si el paciente cumple o no con condiciones para acceder al procedimiento eutanásico.
- d) Reporte del Comité, cuando cambia de estado de la solicitud por finalización de la atención por medio de una de las siguientes opciones: la realización del procedimiento eutanásico, el fallecimiento por otras causas diferentes a la realización del procedimiento eutanásico o el desistimiento del paciente.

Las IPS que no estén obligadas a conformar el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, deberán contar con rutas administrativas claras, que permitan dar curso a la recepción de la Solicitud de Eutanasia del paciente.

Parágrafo. Las solicitudes presentadas ante una instancia administrativa de la IPS en la cual es atendida la persona, deberán ser tramitadas de manera inmediata ante el médico que se designe para tal fin, quien realizará el reporte de la solicitud tras adelantar el proceso de información del que tratan los arts. 22 o 23, según las particulares del caso.

Parágrafo 2. En el caso de que una solicitud sea presentada a una instancia administrativa de la EPS, se debe tramitar la solicitud de manera inmediata ante una IPS de su red y esta deberá seguir lo previsto en el parágrafo 1 de este artículo.

Artículo 44. Reporte de recepción y trámite por el Comité Interdisciplinario de Eutanasia. El Comité reportará la fecha en que es notificado de la Solicitud de Eutanasia, dentro de las 24 horas siguientes a su recibo, de acuerdo con el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Dentro de los 10 o 15 días calendario siguientes, según corresponda a la recepción de la Solicitud de Eutanasia, el Comité deberá actualizar el estado de la revisión de la solicitud, tras la verificación del cumplimiento de condiciones para ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, diligenciando la parte pertinente del Anexo Técnico 1.

El reporte de la solicitud no reemplaza ni exime de la notificación de las circunstancias que rodean el proceso asistencial de trámite y verificación, así como de la realización del procedimiento eutanásico, el cual se hará teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el artículo 45 de esta resolución.

Artículo 45. Reporte del trámite verificación y realización del procedimiento eutanásico por parte del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. El Comité Interdisciplinario de Eutanasia deberá enviar al Ministerio de Salud y Protección Social, el Anexo Técnico 2, en el cual se resuma el proceso de manejo de la solicitud y la realización del procedimiento eutanásico, en un plazo máximo de 10 días calendario siguientes a la realización del procedimiento. Dicho reporte debe incluir los siguientes anexos:

- a) Soporte escrito de la solicitud realizada o registro de la solicitud en la historia clínica.
- b) Resumen de historia clínica con copia de las evaluaciones, valoraciones y conceptos relacionados con la identificación de la existencia de las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico.
- c) Nota en la historia clínica del procedimiento eutanásico.
- d) Actas de las sesiones del Comité.
- e) Información adicional que el Comité considere pertinente.

El reporte debe ser realizado por los medios digitales dispuestos por el Ministerio como medio de gestión documental.

Parágrafo. Las solicitudes de eutanasia en las cuales se dé el desistimiento por parte del paciente, en cualquier momento del proceso, o el fallecimiento del paciente por medios diferentes al procedimiento eutanásico, deben reportarse a través del SRSE.

Artículo 46. Incumplimiento del reporte. Ante el incumplimiento del reporte por parte del personal médico, del Comité Interdisciplinario de Eutanasia, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS o de las Entidades Promotoras de Salud o de las entidades que cumplan funciones de aseguramiento, este Ministerio realizará los traslados pertinentes a la Superintendencia Nacional de Salud, para que en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, adopte las medidas necesarias para verificar la correcta implementación de la regulación sobre el derecho fundamental a morir dignamente a través de la eutanasia.

Artículo 47. Revisión y uso de la información de la solicitud reportada. El Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, realizará la revisión y análisis de los datos recibidos.

La Secretaría Técnica del Comité del Ministerio, en cumplimiento de las funciones de apoyo técnico y gestión de la información que le corresponde, debe revisar cada 30 días calendario, los reportes generados por el Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia, y los casos de eutanasia reportadas en el marco del art 45. La información relacionada con las solicitudes de eutanasia reportadas por el SRSE, así como los casos de eutanasia reportados a este Ministerio, serán publicados a través de un informe de manera anual por medio de la página web del Ministerio.

Artículo 48. Solicitud de información adicional al reporte del trámite de verificación y realización del procedimiento eutanásico. La solicitud de información adicional a los

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

actores que aplica la presente resolución, podrá realizarse en cualquier momento del reporte y revisión de la solicitud por parte de la Secretaría Técnica del Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social, para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia; de la misma manera que durante la revisión del caso en el cual se reporta la realización del procedimiento eutanásico.

Capítulo VII De los Comités Interdisciplinarios de Eutanasia

Artículo 49. Organización del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS que tengan habilitado servicios con grado de complejidad mediana o alta, conformarán al interior de cada entidad un Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

La IPS que no tenga tales servicios deberá, dentro de las primeras 24 horas después de haber recibido la Solicitud de Eutanasia, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad Promotora de Salud - EPS o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento a la cual está afiliada la persona que solicite el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, con el propósito de que coordine todo lo relacionado en aras de garantizar tal derecho.

Las IPS con prestación de servicios exclusivos de psiquiatría (unidad de salud mental de alta complejidad), deben contar con Comité Interdisciplinario de Eutanasia.

Artículo 50. Conformación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia para casos de mayores de edad. Cada Comité estará conformado por tres (3) integrantes designados por la IPS, así:

- a) Un médico con la especialidad del diagnóstico principal que genera la condición de salud extrema.
- b) Un abogado.
- c) Un psiquiatra o un psicólogo clínico.

Parágrafo. Las IPS con prestación de servicios exclusivos de psiquiatría (unidad de salud mental de alta complejidad) deberán designar siempre dos psiquiatras y un abogado.

Artículo 51. Conformación del Comité Interdisciplinario de Eutanasia para casos de adolescentes. Cada Comité estará conformado por tres (3) integrantes designados por la IPS. Esta conformación del Comité no debe ser modificada, y se integrará siempre así:

- a) Un médico pediatra.
- b) Un médico psiquiatra.
- c) Un abogado.

Artículo 52. Sobre los integrantes del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. Los integrantes del Comité Interdisciplinario de Eutanasia no podrán ser objetores de conciencia del procedimiento de eutanasia, condición que se declarará en el momento de la conformación de este. Así mismo, deberán manifestar, en cada caso, los conflictos de intereses que puedan afectar las decisiones que deban adoptar.

De la misma manera, los médicos especialistas, psiquiatras o psicólogos clínicos, que formen parte del Comité, no deben ser tratantes del paciente, en tanto deben cumplir con la función de verificación del concepto de quienes tienen a cargo las valoraciones y evaluaciones a verificar. No podrán participar del Comité Interdisciplinario de Eutanasia personal médico del orden administrativo de la IPS ni abogados del orden directivo.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Artículo 53. Funciones. El Comité Interdisciplinario de Eutanasia tendrá las siguientes funciones:

- a) Informar a este Ministerio la recepción de la solicitud y el cambio de estado de esta, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 44 de esta resolución.
- b) Verificar dentro de un plazo no superior a diez (10) días calendario a partir de la solicitud del paciente mayor de edad, el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia de acuerdo con los reportes, evaluaciones y valoraciones que determinan la capacidad mental, la evaluación del sufrimiento intratable e irremediable, la presencia de una condición de salud extrema y la inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.
- c) Verificar dentro de un plazo no superior a quince (15) días calendario a partir de la solicitud del paciente NNA, el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia, de acuerdo con los reportes, evaluaciones y valoraciones que determinan la capacidad y competencia mental, la evaluación del sufrimiento, la presencia de una condición de salud extrema, la inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas, el concepto de muerte evolutivo, el inicio de AET y las condiciones de concurrencia en caso de ser necesaria.
- d) Verificar, en el caso del uso de un DVA, si existe alguna circunstancia que llegue a viciar la validez y eficacia de este.
- e) Realizar el seguimiento a la programación del procedimiento eutanásico y vigilar que el procedimiento eutanásico se realice cuando la persona lo indique.
- f) Continuar el seguimiento al paciente cuando este no ha definido fecha de realización del procedimiento.
- g) Realizar seguimiento a las valoraciones y ser garante de que todo el trámite de la solicitud y el procedimiento eutanásico se desarrollen respetando los criterios de prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.
- h) Suspender el trámite de la solicitud y el procedimiento eutanásico, en caso de detectar alguna irregularidad dentro del proceso de valoraciones, especialmente aquellas relacionadas con manipulación, coacción o sustitución de la voluntad del paciente y poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible comisión de una falta o de un delito, si a ello hubiere lugar.
- i) Vigilar que se brinde acompañamiento de manera constante y durante las diferentes fases, tanto al paciente como a su familia, mediante ayuda psicológica, médica y social, para mitigar los eventuales efectos negativos en el núcleo familiar y en la situación del paciente.
- j) Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social un informe sobre el manejo de la solicitud, el proceso de verificación y la realización del procedimiento eutanásico, de acuerdo con lo determinado en el artículo 45 de esta resolución.
- k) Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.
- l) Informar a la Entidad Promotora de Salud o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento a la cual esté afiliado el paciente, de las actuaciones que se adelanten dentro proceso de recepción y trámite de la Solicitud de Eutanasia y mantenerse en contacto permanente con la EPS.
- m) En el evento del uso de un DVA, el Comité deberá ser riguroso en verificar que se hayan cumplido todos los requisitos contenidos en los artículos 27 y 28 de la presente resolución.
- n) En el evento del uso de RSE, el Comité Interdisciplinario de Eutanasia podrá consultar al médico que realizó el registro, para definir si este tiene las características de voluntario e inequívoco teniendo en cuenta el tiempo que haya pasado desde cuando se realizó el registro en la historia clínica hasta el momento en el cual se realizan las sesiones del Comité Interdisciplinario de Eutanasia. En los casos en los que no sea posible consultar al médico que realizó el registro o se decida que no es necesario hacerlo, el Comité

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

deberá justificar detalladamente como se garantiza la voluntad y libertad del paciente de frente a la condición de salud extrema y el sufrimiento que motivó la solicitud.

- o) Cumplir con la totalidad del trámite de verificación del Consentimiento Sustituto establecido por el artículo 29, verificando que este no esté viciado por ganancias secundarias en salud (psicológicas, sociales o materiales) o conflictos de interés.
- p) Solicitar los conceptos y valoraciones que según el caso sean pertinentes, en aras de garantizar el criterio de prevalencia de la autonomía del paciente, sin que estas afecten el criterio de oportunidad, celeridad o imparcialidad, en los casos en los cuales se adelante un procedimiento eutanásico a través de Consentimiento Sustituto, tal y como se ha descrito su viabilidad en el artículo 9 de esta resolución.
- q) Designar el secretario técnico y darse su propio reglamento

Artículo 54. Instalación de los Comités. El Comité Interdisciplinario de Eutanasia, una vez integrado en los términos de la presente resolución, tendrá una sesión de instalación en la cual adoptará el reglamento interno, designará un secretario técnico y dispondrá todo lo necesario para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 55. Sesiones y convocatorias. El Comité será activado por el médico que recibió la solicitud, mediante informe a la persona encargada por medio de la vía establecida en el reglamento interno del Comité, tan pronto se dé la recepción de la Solicitud de Eutanasia. Una vez recibido el reporte, el Comité mantendrá sesiones permanentes con el fin de atender las funciones previstas en el artículo 53 de la presente resolución y el plazo allí establecido.

Parágrafo 1. Las sesiones de los Comités podrán ser presenciales o virtuales y las decisiones y demás aspectos pertinentes quedarán registrados en actas.

Parágrafo 2. En caso de duda razonable sobre las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia, el Comité podrá solicitar conceptos y evaluaciones adicionales, así como invitar a personas naturales o jurídicas, cuyo aporte estime que puede ser de utilidad para los fines encomendados al mismo. Los invitados tendrán voz, pero no voto. En todo caso, se deberá garantizar la debida reserva y confidencialidad de la información. La invitación de otras personas o solicitud de conceptos adicionales, deben ser suficientemente justificadas en el acta de la sesión donde la persona invitada participe.

Artículo 56. Quórum para deliberar y decidir. El quórum para deliberar y decidir será el de la totalidad de sus integrantes. Cuando por razones de fuerza mayor o caso fortuito, o por existencia de conflictos de intereses, el Comité no pueda sesionar con la totalidad de sus integrantes, la entidad deberá designar en un término no mayor a 48 horas, el profesional del respectivo perfil que lo reemplace. Las decisiones serán adoptadas, de preferencia, por consenso. En caso de que el Comité no llegue a un acuerdo en alguno de los temas, se admitirá la mayoría simple.

Artículo 57. Secretaría Técnica. La Secretaría Técnica de cada Comité Interdisciplinario de Eutanasia será determinada por sus integrantes y la misma tendrá las siguientes funciones:

- a) Realizar la convocatoria a las sesiones del Comité.
- b) Elaborar las actas correspondientes y hacer seguimiento al cumplimiento de las decisiones emanadas del Comité.
- c) Preparar y presentar al Comité las propuestas, documentos de trabajo, informes y demás material de apoyo, que sirva de soporte a las decisiones de este.
- d) Llevar el archivo documental de las actuaciones del Comité y de los soportes respectivos y mantener la reserva y confidencialidad de estos, así como de la información que tenga conocimiento.
- e) Dar respuesta a los derechos de petición, las solicitudes de información y requerimientos que se formulan al Comité.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

- f) Las demás funciones que sean propias de su carácter de apoyo y soporte técnico o que le sean asignadas por el Comité.

Capítulo VIII

Funciones de las IPS y EPS o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento, para la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad a través de la Eutanasia

Artículo 58. Funciones de las IPS. Son funciones de la IPS, en relación con el procedimiento para morir con dignidad, las siguientes:

- a) Ofrecer y disponer todo lo necesario para realizar las evaluaciones y valoraciones para dar curso a la solicitud, sin perjuicio de la voluntad del paciente.
- b) Designar a los integrantes del Comité.
- c) Garantizar al Comité su acceso tanto a la documentación como al paciente para realizar las verificaciones que este considere pertinentes.
- d) Comunicarse permanentemente con la EPS o quien haga sus veces.
- e) Garantizar que al interior de la IPS existan médicos no objetores para la práctica del procedimiento eutanásico.
- f) Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.
- g) Garantizar el acceso a los médicos al Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia, por medio de la creación de usuarios y actualización de los mismos, si corresponde.

Artículo 59. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud - EPS o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento. Las EPS tendrán las siguientes funciones:

- a) Asegurar la comunicación permanente con el Comité Interdisciplinario de Eutanasia para conocer las decisiones que se adopten.
- b) Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- c) Garantizar el trámite para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, cuando el caso se presente en las IPS que no tengan los servicios de que trata el artículo 49 de la presente resolución.
- d) Garantizar la disponibilidad de prestadores que cuenten con los servicios necesarios para dar trámite a la solicitud y a las evaluaciones y valoraciones necesarias.
- e) Tramitar con celeridad, dentro de su red de prestadores, las solicitudes de las personas afiliadas y pacientes que pretendan hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- f) No interferir, en ningún sentido, en la solicitud o decisión que adopte el paciente, en relación con el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- g) Contar en su red prestadora de servicios con profesionales de la salud idóneos y suficientes, para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.
- h) Garantizar toda la atención en salud derivada del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, atendiendo los criterios prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.
- i) Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Capítulo IX Disposiciones finales

Artículo 60. Tratamiento de información. Las entidades y personas que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información que les sea aplicable, incluyendo el principio de responsabilidad demostrada y reforzada, teniendo en cuenta que los datos relativos a la salud son catalogados como sensibles. Esto de conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por la Sección 1 del Capítulo 25 del Título 2 de la parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 del 2015 y la Ley 1712 de 2014. En virtud de lo anterior, los distintos actores se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 61. Fraude o modificación de datos. En caso de la identificación de fraude, modificación de datos o alteraciones de estos por parte de médicos, IPS, EPS o los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quien tenga conocimiento de ello, notificará a las instancias correspondientes para que se adelanten las investigaciones y sanciones pertinentes.

Artículo 62. De la eventual objeción de conciencia. La objeción de conciencia no puede ser alegada por las personas relacionadas con la atención y cuidado del final de la vida o que se encuentran atendiendo los requerimientos relacionados con el trámite de las solicitudes. Tampoco puede alegarse por las instituciones prestadoras de salud.

Solo los médicos que puedan ser llamados para la realización del procedimiento eutanásico podrán expresar su objeción de conciencia respecto de la realización del procedimiento. La existencia de objeción de conciencia deberá comunicarse de manera escrita y debidamente motivada al Comité Interdisciplinario de Eutanasia de la Institución Prestadora de Salud, para que no sea requerido a realizar el procedimiento.

Artículo 63. Actuación de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, hará seguimiento a los actores del sistema que tengan obligaciones respecto de la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia y AET. La Superintendencia Nacional de Salud determinará los mecanismos pertinentes para cumplir con esta función.

Artículo 64. Vigencia y derogatoria. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 971 de 2021 y 825 de 2018. Modifica parcialmente el artículo segundo de la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Revisó:
Viceministro de Protección Social.
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Dirección de Prestación de Servicios

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

Dirección Promoción y Prevención
Dirección Jurídica

ANEXO TÉCNICO 1

ESPECIFICACIONES DE LOS DATOS A REPORTAR SOBRE EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD DEL PACIENTE EN EL SISTEMA DE REPORTE DE SOLICITUDES DE EUTANASIA

| # | Nombre del elemento de dato | Definición | Composición | Valores permitidos | Tipo de dato | Formato | Longitud máxima | Longitud mínima |
|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------------|---|--------------|------------|-----------------|-----------------|
| Datos de Identificación | | | | | | | | |
| 1 | País de la nacionalidad | Nemónico del país que determina el vínculo jurídico entre un individuo y un Estado. | Código del país de la nacionalidad | Código a tres caracteres según estándar ISO 3166-1. | Alfanumérico | 999 | 3 | 3 |
| | | | Nombre de país de nacionalidad | | Alfanumérico | | 200 | 3 |
| 2 | Documento de identificación | Elemento de dato que contiene el nombre y número de identificación de una determinada persona para efectos de identidad e individualización | Tipo de documento de identificación | CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería CD: Carné diplomático PA: Pasaporte SC: Salvoconducto de permanencia PT: Permiso Temporal de Permanencia TI: Tarjeta de identidad RC: Registro civil | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |
| | | | Número de documento de identificación | Conjunto de caracteres asignados a una determinada persona de acuerdo con el tipo de documento de identificación para efectos de identidad e individualización dentro del territorio nacional | | | 20 | 3 |
| 3 | Nombres y apellidos | Nombre patronímico que aparece en el primer lugar en el documento de identidad. | Primer apellido | De acuerdo como se especifica en el documento de identificación. | Alfanumérico | | 60 | 2 |
| | | Nombre patronímico que aparece en segundo lugar en el documento de identidad. | Segundo apellido | De acuerdo como se especifica en el documento de identificación. | Alfanumérico | | 60 | 2 |
| | | Primera palabra del nombre que aparece en primer lugar en el documento de identidad | Primer nombre | De acuerdo como se especifica en el documento de identificación. | Alfanumérico | | 60 | 2 |
| | | Segunda palabra del nombre que aparece en segundo lugar en el documento de identidad | Segundo nombre | De acuerdo como se especifica en el documento de identificación. | Alfanumérico | | 60 | 2 |
| 4 | Fecha de nacimiento | Fecha en que nació la persona y que se encuentra en el documento de identidad o que declare el individuo. | | De acuerdo como se especifica en el documento de identificación o como la declare el individuo. | Fecha | AAAA-MM-DD | 16 | 10 |
| 5 | Sexo biológico | Identificador para determinar las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer. | | 01: Hombre 02: Mujer 03: Indeterminado/ Intersexual | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

| # | Nombre del elemento de dato | Definición | Composición | Valores permitidos | Tipo de dato | Formato | Longitud máxima | Longitud mínima |
|----|--|--|--|--|--------------|---------|-----------------|-----------------|
| 6 | Identidad de género | Es la construcción social que existe sobre los cuerpos o el conjunto de reglas y convenciones establecidas por la sociedad que definen las pautas de comportamiento a seguir por hombres y mujeres, de tal forma que las personas se identifican con un género específico por autorreconocimiento al momento de la atención. | | 01: Masculino 02: Femenino 03: Transgénero 04: Neutro 05: No lo declara | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |
| 7 | Categoría discapacidad | Identificador para determinar la categoría de discapacidad de acuerdo con el dominio o dominios donde se presente la deficiencia o deficiencias corporales del solicitante | | 01: Discapacidad física 02: Discapacidad visual 03: Discapacidad auditiva 04: Discapacidad intelectual 05: Discapacidad sicosocial (mental) 06: Sordoceguera 07: Discapacidad múltiple 08: Sin discapacidad | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |
| 8 | Municipio desde el cual se reporta la solicitud de eutanasia | Identifica una entidad territorial de la división político-administrativa del Estado colombiano. | Código del municipio donde se ubica la IPS que reporta la Solicitud de Eutanasia | Código del municipio según División Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. | Alfanumérico | 99999 | 5 | 5 |
| | | | Nombre del municipio donde se ubica la IPS que reporta la Solicitud de Eutanasia | Nombre del municipio de residencia habitual correspondiente al código del municipio según División Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE | Alfanumérico | | 200 | 3 |
| 9 | Municipio de residencia habitual | Identifica una entidad territorial de la división político-administrativa del Estado colombiano. | Código del municipio de residencia habitual | Código del municipio según División Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. | Alfanumérico | 99999 | 5 | 5 |
| | | | Nombre del municipio de residencia habitual | Nombre del municipio de residencia habitual correspondiente al código del municipio según División Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE | Alfanumérico | | 200 | 3 |
| 10 | Pertenencia étnica | Identificador para determinar la pertenencia étnica de la persona | Etnia | 01: Indígena 02: ROM (Gitanos) 03: Raizal (San Andrés y Providencia) | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

| # | Nombre del elemento de dato | Definición | Composición | Valores permitidos | Tipo de dato | Formato | Longitud máxima | Longitud mínima |
|------------------------------|--|--|--|--|--------------|---------------------|-----------------|-----------------|
| | | | | 04: Palenquero de San Basilio de Palenque 05: Negro(a) 06: Afrocolombiano 99: Ninguna de las anteriores | | | | |
| | | Identificador para determinar la comunidad indígena, pueblo ROM o comunidad negra, Afro, palanquera y raizal que pertenece una persona. | Comunidad étnica | Según catálogo de referencia de comunidades étnicas, según catálogo de comunidades étnicas vigente. | Alfanumérico | 999 | 3 | 3 |
| 11 | Entidad Promotora de Salud o entidad que cumpla funciones | Entidad Promotora de Salud o entidad que cumpla funciones | Código asignado al administrador del plan de beneficios en salud | Se consideran como tales: todas las entidades responsables de la operación del aseguramiento: las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, entidades adaptadas, las que administran los regímenes Especial y de Excepción y el fondo nacional de salud de la población privada de la libertad, las secretarías de salud o la entidad que haga sus veces, las administradoras de planes voluntarios de salud, según catálogo vigente. | Alfanumérico | 999999 | 6 | 6 |
| Datos de la solicitud | | | | | | | | |
| 12 | Tipo de solicitud | Tipo de expresión por medio de la cual la persona que desea adelantar el momento de muerte informa su preferencia de manera voluntaria, inequívoca y persistente. | Tipo de expresión | 01: Verbal 02: Escrita 03: Documento Voluntad Anticipada 04: Registro de solicitud de Eutanasia. | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |
| 13 | Institución prestadora de servicios de salud donde se realiza la solicitud | Institución prestadora de servicios de salud en la cual el médico o médica recibe la solicitud de eutanasia | | | Alfanumérico | 999999 999999 | 12 | 12 |
| 14 | Fecha y hora de presentación de la solicitud | Es el momento en que la persona presenta la solicitud de eutanasia al personal médico. | Fecha y hora en la cual se presenta la solicitud | | Fecha | AAAA-MM-DD HH:MM | 16 | 16 |
| 15 | Tipo de condición | El tipo de condición hace referencia a la categorización de las enfermedades que motivan la condición de final de vida secundaria a un diagnóstico principal. La categorización hace referencia a dos grandes grupos de diagnósticos según su tipo, oncológico o no oncológico | Tipo de condición a la que corresponde el diagnóstico | 01: Oncológica 02: No Oncológica | Alfanumérico | 99 | 13 | 10 |
| 16 | Diagnóstico principal | Diagnóstico confirmado | Código del diagnóstico principal | Código del diagnóstico confirmado, de acuerdo con el | Alfanumérico | 9999 | 4 | 4 |

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

| # | Nombre del elemento de dato | Definición | Composición | Valores permitidos | Tipo de dato | Formato | Longitud máxima | Longitud mínima |
|----|--|--|--|---|--------------|------------|-----------------|-----------------|
| | | | | catálogo CIE10 vigente y las normas que la modifiquen, o sustituyan. | | | | |
| | | | | En caso de presentar una de las enfermedades huérfanas incluir el código del catálogo de enfermedades huérfanas y las normas que la modifiquen, o sustituyan, según catálogo de enfermedades huérfanas vigente. | Alfanumérico | 9999 | 4 | 1 |
| | | | Nombre del diagnóstico principal | Nombre correspondiente al código | Alfanumérico | 9999 | 200 | 3 |
| 17 | Tipo de condición de salud extrema | Tipo de condición secundaria a un diagnóstico médicamente comprobado que se pueda caracterizar como una condición límite que amenaza la vida, la cual provoca además una situación de necesidad de atenciones en salud. | Condición clínica de salud extrema que motiva la solicitud de eutanasia | 01: Enfermedad incurable avanzada 02: Enfermedad Terminal 03: Agonía 04: Enfermedad grave e incurable 05: Lesión corporal | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |
| 18 | Expresión voluntaria, informada e inequívoca | Identificador de la expresión voluntaria, informada e inequívoca. | | 01: Si 02: No | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |
| 19 | Identificación del médico (a) que recibe la solicitud | Identificación del médico de acuerdo con los requisitos para el ejercicio en del área de la salud en Colombia | Tipo de identificación de la persona | CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula de extranjería PA: Pasaporte PT: Permiso Temporal de Permanencia TI: Tarjeta de identidad | Alfanumérico | 99 | 2 | 2 |
| | | | Número de identificación del médico que recibe la solicitud | | Alfanumérico | | 20 | 3 |
| 20 | Activación del Comité Interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia | | Activación del comité a través del proceso institucional que corresponda a la IPS donde se recibe la solicitud | 01: Si 02: No | Alfanumérico | 99 | 20 | 2 |
| 21 | Justificación de no activación del Comité | Se consideran razones de justificación de la no activación del Comité Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, aquellas relacionadas con el no cumplimiento de condiciones mínimas para el procesamiento de la solicitud, afines con el individuo, con la solicitud o con el desistimiento del paciente. | | 01: Ausencia de posibilidad de expresar una solicitud de manera libre e informada sin existencia de DVA o de un RSE. 02: Expresión a través de un tercero 03: Ausencia de información concreta sobre el ejercicio de derechos al final de la vida. 04: Desiste de la solicitud | Alfanumérico | | 2 | 2 |
| 22 | Fecha de registro | Es el momento en que se realiza la activación del comité | | | Fecha | AAAA-MM-DD | 10 | 10 |

Recepción por el Comité

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

| # | Nombre del elemento de dato | Definición | Composición | Valores permitidos | Tipo de dato | Formato | Longitud máxima | Longitud mínima |
|--|--|---|--|---|--------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 23 | Fecha de recepción por el Comité | Fecha de notificación de la solicitud a la secretaría técnica del comité de acuerdo con lo reglamentado en la presente resolución, para dar inicio a las funciones de este. | | | Fecha | AAAA-MM-DD | 10 | 10 |
| 24 | Actualización del estado de la revisión y verificación de la solicitud | Determina la respuesta dada a la persona con respecto a su solicitud ante el cumplimiento o no de los requisitos. | Fecha de respuesta del Comité a la persona que solicita eutanasia | | Fecha | AAAA-MM-DD | 10 | 10 |
| | | | Tipo de respuesta a la solicitud | 01: Cumple con requisitos 02: No cumple con requisitos | | | | |
| | | | Respuesta de la persona | 01: Reitera 02: Desiste | | | | |
| | | | Fecha de la respuesta de la persona que solicita eutanasia al Comité | | Fecha | AAAA-MM-DD | 10 | 10 |
| Terminación del proceso de manejo de la solicitud | | | | | | | | |
| 25 | Fecha de realización de la eutanasia | Fecha en la cual se realiza el procedimiento de inducción a la muerte | | | Fecha | AAAA-MM-DD HH:MM | 16 | 16 |
| 26 | Tipo de consentimiento para el procedimiento | Identificador del tipo de expresión de consentimiento para la realización del procedimiento eutanásico | Tipo de consentimiento para la realización del procedimiento eutanásico | 01: Consentimiento Informado 02: DVA 03: Consentimiento Sustituto | Alfanumérico | | 20 | 3 |
| 27 | Fecha de notificación de desistimiento de la solicitud | Fecha en la cual el paciente desiste | Fecha y hora en la cual se presenta el desistimiento de la solicitud | | Fecha | AAAA-MM-DD | 10 | 10 |
| 28 | Fecha de defunción del paciente que presentó la solicitud. | En caso de fallecimiento de la persona en el curso del manejo de la solicitud el Comité reportará la fecha de defunción de la persona para dar cierre al proceso. | Fecha y hora en la cual se presenta la defunción del paciente por otras causas diferentes a la realización del procedimiento eutanásico. | | Fecha | AAAA-MM-DD HH:MM | 16 | 16 |

Continuación de la "Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021"

ANEXO TÉCNICO 2

**ESPECIFICACIONES DE LOS DATOS A REPORTAR SOBRE LOS CASOS DE EUTANASIA
SEGÚN LO REGULADO POR EL ARTÍCULO 45 DE ESTE ACTO ADMINISTRATIVO**

Datos de Identificación

| | | | | | |
|---|---------------|--|----------------|-------------------------------|--|
| ID | Número | Nacionalidad | Sexo biológico | | |
| Identidad de género | | Fecha de nacimiento | Hombre | | |
| Femenino | Transgénero F | Edad a fecha defunción | Mujer | | |
| Masculino | Transgénero M | | Intersexual | | |
| Municipio/Departamento de residencia habitual | | Municipio/Departamento donde se realiza procedimiento eutanásico | | | |
| Entidades Promotoras de Salud o las entidades que cumplan funciones de aseguramiento. | | IPS que recibió solicitud | | IPS que realizó procedimiento | |

Datos de condición de salud extrema

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------|--------|--|
| Diagnóstico principal | | | CIE10 | | |
| Diagnóstico secundario | | | CIE10 | | |
| Diagnósticos asociados | | | | | |
| Tipo de condición de salud extrema | Enfermedad grave e incurable | | Lesión corporal | | |
| Condición clínica de final de la vida | Enfermedad incurable avanzada | | Enfermedad terminal | Agonía | |

Datos de trámite y verificación de la solicitud

| | | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------|-----------------------|--------------------------------|----|
| Fecha de la solicitud | Número de identificador de la solicitud en SRSE | Conformación del comité | | | Fecha de activación del Comité | |
| | | Abogado | | | Fecha de respuesta del Comité | |
| | | Psiquiatra | | | Fecha de reiteración | |
| | | Médico del Diagnóstico | | | Fecha de programación | |
| Número de sesiones del comité y fechas | | Sesión | Fecha | Sesión | Fecha | |
| | | Sesión | Fecha | Sesión | Fecha | |
| Valoraciones revisadas por el comité | | | | | | |
| Valoración que referencia diagnóstico y condición de salud extrema | | | | | Fecha | |
| Valoración de capacidad Mental | | | | | Fecha | |
| Referencia a condición de sufrimiento y razonabilidad de intervenciones | | | | | Fecha | |
| Revisión de acceso a atenciones | Valoraciones por CP | Si | No | Valoraciones para AET | Si | No |
| Solicitud de conceptos adicionales | | | | | | |

Datos del procedimiento

| | | | | | | |
|--|---|-----|----|--|----|--|
| Sitio de realización del procedimiento | Tipo de profesional de la medicina que realiza el procedimiento | | | Adherencia a protocolo de medicamentos | | |
| | | | | Si | No | |
| Tipo de consentimiento usado | CI | DVA | CS | | | |

Observaciones adicionales

| |
|--|
| |
|--|



| | |
|---------------------------------|---|
| Entidad originadora: | Ministerio de Salud y Protección Social |
| Fecha (dd/mm/aa): | N/A |
| Proyecto de Decreto/Resolución: | Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con la Eutanasia y Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021. |

1. ANTECEDENTES Y RAZONES DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA QUE JUSTIFICAN SU EXPEDICIÓN.

En desarrollo del numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, del numeral 30 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en cumplimiento de las órdenes proferidas por la Corte Constitucional en las Sentencias T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, T-445 de 2024, T-057 de 2025 y de lo establecido en las sentencias C-239 de 1997 y C-233 de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social considera que existe un marco normativo suficiente que justifica la expedición de un acto administrativo que proporcione a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud una reglamentación unificada y actualizada, orientada a regular y garantizar el derecho fundamental a morir con dignidad en sus dimensiones de Eutanasia y Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos (AET). Esto incluye disposiciones sobre la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Interdisciplinarios de Eutanasia, el procedimiento en los casos de indicación o solicitud de la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, así como el proceso que deberán seguir los Comités de Ética Hospitalaria o Bioética Asistencial cuando se requiera su intervención en dichos casos.

Desde la emisión de las resoluciones previas sobre el derecho a morir con dignidad, han surgido nuevas sentencias de la Corte Constitucional que han reafirmado y ampliado este derecho. Para dar cumplimiento a estas órdenes judiciales, resulta necesario unificar y actualizar las regulaciones contenidas en las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021. Por tanto, este acto administrativo busca garantizar la correcta aplicación de los principios de prevalencia de autonomía, dignidad humana y proporcionalidad terapéutica, asegurando que los pacientes puedan ejercer su derecho de manera efectiva, segura y con respaldo normativo claro. Este acto administrativo también considera lo dispuesto por la Ley 23 de 1981 sobre el deber deontológico de no exponer a los pacientes a riesgos injustificados y emplear los beneficios de la medicina mientras subsista la posibilidad de aliviar el sufrimiento y curar la enfermedad, así como lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 sobre el deber de los agentes del sistema de salud de respetar la ética médica, la diversidad cultural, las particularidades socioculturales y la cosmovisión de la salud, así como responder adecuadamente a las necesidades sanitarias relacionadas con el ciclo de vida (literal b del artículo 6). Igualmente, se fundamenta en los derechos establecidos en el artículo 10 de esta ley, especialmente en relación con la información clara, apropiada y suficiente para la toma de decisiones sobre procedimientos médicos y sus riesgos (literal d); la prohibición de obligar a una persona a recibir un tratamiento y la obligación de respetar sus creencias y costumbres (literal f); y la prohibición de someter a las personas a tratos crueles o inhumanos que vulneren su dignidad, así como la obligación de evitar el sufrimiento evitable (literal o).

La necesidad de actualizar la regulación surge a razón de la necesidad de cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional con respecto al derecho a morir con dignidad en sus dimensiones Eutanasia y Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos, a través de las Sentencias T-721 de 2017, T- 060 de 2020, T-445 de 2024 y T-057 de 2025; así como de cumplir con el deber de actualización señalado por la Sentencia C-233 de 2021, especialmente en lo relacionado con cambio en las condiciones clínicas para acceder al derecho a morir con dignidad, particularmente con respecto a la inclusión explícita de lesiones corporales o enfermedades graves e incurables, incluyendo aquellas relacionadas con enfermedades mentales, así como la no exclusión a priori de personas en condición de discapacidad, especialmente menores de edad. Asimismo, resulta indispensable precisar el alcance y los límites del consentimiento sustituto, la reiteración de la solicitud, el consentimiento informado y la documentación de la voluntad anticipada, dado que la ausencia de estos lineamientos específicos ha generado dificultades en la aplicación efectiva del derecho, creando incertidumbre jurídica para los pacientes y profesionales de la salud involucrados en los procedimientos.



2. AMBITO DE APLICACIÓN Y SUJETOS A QUIENES VA DIRIGIDO

A través del presente acto administrativo se busca dictar disposiciones sobre la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, impartir directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad mediante eutanasia, regular el procedimiento ante la indicación o solicitud de Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos, y definir el proceso a seguir por los Comités de Ética cuando se requiera su intervención en estos casos. Lo anterior dirigido a los actores del sistema de salud y a las personas afiliadas, teniendo en cuenta especialmente las particularidades y características específicas en casos que involucren niños, niñas y adolescentes.

Los sujetos específicos a quienes va dirigido este acto administrativo son: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS) o cualquier entidad que cumpla funciones de aseguramiento, los ciudadanos colombianos afiliados al sistema de salud y las personas extranjeras que se encuentren domiciliadas en el país por más de un (1) año y afiliadas al sistema de salud.

3. VIABILIDAD JURÍDICA

3.1 Análisis de las normas que otorgan la competencia para la expedición del proyecto normativo

El Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, numeral 30 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en cumplimiento de las ordenes proferidas por la Corte Constitucional en las Sentencias T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T- 060 de 2020, T-445 de 2024, T-445 de 2024 y T-057 de 2025.

3.2 Vigencia de la ley o norma reglamentada o desarrollada

El acto administrativo se desarrolla según las órdenes dadas al Ministerio de Salud y Protección Social por las T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-423 de 2017, T-721 de 2017, T- 060 de 2020, C-233 de 2021, T-445 de 2024 y T-057 de 2025. Teniendo como marco las Sentencias Constitucionales C 239 de 1997 y C 233 de 2021.

3.3. Disposiciones derogadas, subrogadas, modificadas, adicionadas o sustituidas

Deroga las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021. Modifica parcialmente el artículo segundo de la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud.

3.4 Revisión y análisis de la jurisprudencia que tenga impacto o sea relevante para la expedición del proyecto normativo (órganos de cierre de cada jurisdicción)

Durante el desarrollo del acto normativo se revisaron y analizaron las siguientes providencias de la Corte Constitucional: T-200 de 1993, T-493 de 1993, C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-233 de 2014, T-132 de 2016, T-423 de 2017, T-322 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, C-233 de 2021, T-414 de 2021, T-048 de 2023, T-239 de 2023, T-445 de 2024 y T-057 de 2025. Además, se analizaron desarrollos teóricos relacionados con la materia, reportes de casos de eutanasia en otros países y el análisis detallado de los casos reportados al Ministerio de Salud desde 2015.

La jurisprudencia ha sido estudiada y analizada con el propósito de dar cumplimiento a las órdenes expresas, de las siguientes providencias:

Sentencia T-970 de 2014

“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.”

Sentencia T-423 de 2017

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

Sentencia T-544 de 2017

“**CUARTO: ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de cuatro (4) meses, disponga todo lo necesario para que los prestadores del servicio de salud, cuenten con comités interdisciplinarios, tales como los reglamentados en la Resolución 1216 de 2015, en aras de garantizar el derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes. Los comités contarán con los mismos integrantes previstos en el artículo 6° de la Resolución, pero incluirán la participación de expertos en NNA en todas las disciplinas participantes: Medicina, Derecho y Psicología. Asimismo, deberá expedir la regulación diferenciada en la que se consideren las particularidades de los casos de NNA, entre estas las precisadas en la parte motiva de esta sentencia

De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico para que sea discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para la realización de los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Esto ha permitido desarrollar elementos técnicos para garantizar el derecho a morir con dignidad en todas sus dimensiones, priorizando especialmente la conceptualización y diferenciación clara de las opciones disponibles dentro del proceso de toma de decisiones al final de la vida. Se busca así establecer conceptos verificables sobre los medios para la manifestación de la voluntad, un proceso asistencial estructurado para la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET), así como definir las responsabilidades específicas de los equipos asistenciales y demás actores del sistema de salud en la garantía efectiva del derecho fundamental a morir con dignidad.”

Sentencia T-721 de 2017

“**QUINTO. ORDENAR** Al Ministerio de Salud y Protección Social, que adecue la Resolución 1216 de 2015, en relación con los siguientes aspectos:

i) El párrafo 3ro. del artículo 15 sobre consentimiento sustituto, de acuerdo con lo establecido en la sentencia T-970 de 2014, párrafo 7.2.9, y regule el trámite que deberá adelantarse en caso de presentarse esta forma de consentimiento.

ii) Regule el trámite a seguir cuando: a. Se advierta por el médico tratante la necesidad de convocar al Comité de Ética Hospitalaria, con el fin de evaluar la salud del paciente, el manejo terapéutico y las consecuencias del



mismo, en observancia del mejor interés de éste; b. el paciente exprese su voluntad de no continuar con el tratamiento o, por sí mismo o por interpuesta persona, solicite la limitación del esfuerzo terapéutico o la readecuación de las medidas asistenciales. En todo caso deberá contemplarse, entre otros elementos mínimos: plazos para emitir una respuesta, consentimiento sustituto y acompañamiento constante e integral para el paciente y su familia. Lo anterior, en el término de cuatro (4) meses, contados a partir de la notificación del presente fallo.”

Sentencia T-060 de 2020

“**Tercero.- REITERAR** la orden impartida en la sentencia T-721 de 2017 por parte de la Corte Constitucional al Ministerio de Salud y Protección Social para que, en el término de cuatro (4) meses, contado a partir de la notificación de esta sentencia, proceda a reglamentar las condiciones de viabilidad del consentimiento sustituto en el ámbito del derecho a morir dignamente, en los eventos en que (i) el paciente se encuentre en incapacidad legal o bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, y (ii) se carezca de un documento formal de voluntad anticipada, teniendo en cuenta para el efecto las distintas dimensiones del mencionado derecho fundamental, así como las pautas y los criterios desarrollados por la jurisprudencia constitucional.”

Sentencia T-445 de 2024

“**Tercero.- ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social que, dentro del término de los dos (2) meses siguiente a la notificación de esta providencia, modifique y actualice el contenido pertinente de la Resolución 971 del 1° de julio de 2021, “por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”, con los criterios fijados por esta corporación en la Sentencia C-233 de 2021 y los parámetros desarrollados en esta providencia para garantizar una muerte digna.”

Sentencia T-057 de 2025

“**Noveno. ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de seis (6) meses contados a partir de la notificación de esta decisión, adecue la reglamentación sobre el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes. Esto, con miras a garantizar que, en los términos de esta providencia, no se excluya a los menores de edad con discapacidad intelectual de la posibilidad de presentar solicitudes para la activación del procedimiento eutanásico. Además, dicha reglamentación debe enfocarse también en el marco del modelo social de discapacidad y los elementos estructurales del sistema de apoyos: el principio de primacía de la voluntad y el criterio de la mejor interpretación de la voluntad.”

La revisión tiene como fundamento central el reconocimiento otorgado por la Corte Constitucional sobre el derecho a morir dignamente como parte del derecho a la vida digna. Al respecto, la Corte ha señalado claramente que “el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad”. Esta premisa constituye la base del desarrollo normativo y asistencial del procedimiento eutanásico y de la garantía del derecho a la muerte digna. Así, desde la Sentencia C-239 de 1997, se estableció explícitamente que “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”, sentencia en la cual también se determinan las condiciones para la despenalización del homicidio por piedad. Estas condiciones exigen que exista consentimiento informado por parte de un paciente terminal quien, ante intensos sufrimientos y en plena capacidad de comprender su situación, solicita al médico la información y la actuación necesaria para inducir su muerte.

De los pronunciamientos de la Corte Constitucional a lo largo de 28 años, ha derivado la configuración del derecho a morir con dignidad como multidimensional y complejo, con al menos tres importantes proyecciones: los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico para no extender la vida con mecanismos médicos extremos (en tanto



causan también profundo sufrimiento al paciente) y las prestaciones específicas para una muerte en condiciones de dignidad (o eutanásicas). Frente a estas dimensiones y la regulación para la prestación de servicios de salud, indica la Sentencia C 233 de 2021 que, “*corresponde al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, en el ámbito de sus funciones, adoptar medidas para eliminar finalmente las barreras del acceso*”¹.

En relación con la regulación sobre la prestación de servicios de salud asociados al derecho a morir con dignidad, se cuenta con lineamientos desde lo ordenado por la sentencia T-970 de 2014. En dicha providencia, la Corte Constitucional estableció que para garantizar el derecho fundamental a morir dignamente se deben atender los criterios de prevalencia de la autonomía del paciente, celeridad, oportunidad e imparcialidad. Además, señaló que son “los médicos y los prestadores de salud en general, son los principales obligados respecto de la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectiva la voluntad del paciente de ejercer su derecho a morir dignamente” y que para garantizar las condiciones de despenalización, especialmente que el consentimiento del paciente esté revestido de los atributos establecidos en dicha decisión, se requiere: “Primero, (i) la creación de un comité científico interdisciplinario de acompañamiento al paciente y su familia [...] el comité deberá acompañar a la familia del paciente y al paciente en ayuda psicológica, médica y social, para que la decisión no genere efectos negativos en el núcleo familiar, ni en la situación misma del paciente. Esa atención no puede ser formal ni esporádica, sino que tendrá que ser constante, durante las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho. Además, dicho comité deberá ser garante y vigilar que todo el procedimiento se desarrolle respetando los términos de esta sentencia y la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Igualmente, en caso de detectar alguna irregularidad, deberá suspender el procedimiento y poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible comisión de una falta o de un delito, si a ello hubiere lugar”. En consecuencia, el Ministerio emitió la Resolución 1216 de 2015 “[...] en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad [...]”, estableciendo lineamientos para la conformación y operación de los Comités Científico-Interdisciplinarios para mayores de 18 años.

Posteriormente, la Sentencia T-423 de 2017 indicó que “El derecho a morir dignamente ha sido reconocido en nuestro país como un derecho fundamental y autónomo” y, adicionalmente, que “a pesar de ser catalogado como tal, no ha tenido una regulación suficientemente concisa que permita determinar con claridad todos los presupuestos bajo los cuales debe ser garantizado”. Esta providencia concluyó también que “el deber del Estado de proteger la vida debe ser compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad, razón por la cual frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede respecto del consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna”. Fue precisamente en dicha sentencia donde se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social crear un mecanismo que permitiera tener conocimiento de todos los casos de muerte digna desde el momento mismo en que el paciente los solicite, así como emitir una carta de derechos para informar a los usuarios del sistema sobre sus derechos y deberes relacionados con el derecho fundamental a morir dignamente. Como resultado de estas órdenes, fueron expedidas las Resoluciones 229 de 2020 y 971 de 2021.

Durante el mismo año, mediante la Sentencia T-544 de 2017, la Corte Constitucional concluyó que, respecto a los niños, niñas y adolescentes (NNA), “[...] es necesario ordenar la expedición urgente de la regulación que garantice el derecho a la muerte digna de los NNA [...]”, precisando que dicha regulación debe considerar las “[...] características especiales de los derechos de los NNA para diseñar un sistema normativo que atienda a su situación particular de manera adecuada [...]”. En consecuencia, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social disponer “[...] todo lo necesario para que los prestadores del servicio de salud cuenten con comités interdisciplinarios, tales como los reglamentados en la Resolución 1216 de 2015, en aras de garantizar el derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes [...]”. Para garantizar este derecho en NNA, es indispensable un contexto diferencial que permita evaluar adecuadamente la veracidad y validez de una expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca, considerando especialmente las características específicas definidas según el grupo etario al cual pertenezca cada niño, niña o adolescente. Entre estas particularidades se debe considerar especialmente la

¹ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-233 de 2021, M.P. Diana Fajardo Rivera.



comprensión que los menores tienen sobre el concepto de la muerte, la cual sigue una evolución gradual e íntimamente ligada a la edad, desde la intuición hasta la abstracción, dependiendo de factores asociados a su desarrollo cognitivo, emocional, contexto social y experiencia vital, incluyendo experiencias previas relacionadas con la muerte.

También durante 2017, la Corte emitió la Sentencia T-721 de 2017, en la cual ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social ajustar la Resolución 1216 de 2015, específicamente respecto a: “[...] i) el parágrafo 3ro. del artículo 15 sobre el consentimiento sustituto, de acuerdo con lo establecido en la sentencia T-970 de 2014, párrafo 7.2.9, y regule el trámite que deberá adelantarse en caso de presentarse esta forma de consentimiento.” Además, dispuso que “[...] ii) Regule el trámite a seguir cuando: a. Se advierta por el médico tratante la necesidad de convocar al Comité de Ética Hospitalaria, con el fin de evaluar la salud del paciente, el manejo terapéutico y las consecuencias del mismo, en observancia del mejor interés de éste; b. el paciente exprese su voluntad de no continuar con el tratamiento o, por sí mismo o por interpuesta persona, solicite la limitación del esfuerzo terapéutico o la readecuación de las medidas asistenciales. En todo caso deberá contemplarse, entre otros elementos mínimos: plazos para emitir una respuesta, consentimiento sustituto y acompañamiento constante e integral para el paciente y su familia”.

Los avances jurisprudenciales continuaron en el año 2020 con el pronunciamiento de la Sentencia T-060 de 2020, en la que la Corte indicó que “[...] la eutanasia es una de las dimensiones del derecho a morir dignamente, pero no la única. [...]”. En esta providencia se consolidó que la garantía del derecho a morir con dignidad comprende un cuidado integral durante todo el proceso de muerte, incluyendo especialmente los cuidados paliativos, entendidos no únicamente como exclusivos del final de la vida, sino como un enfoque destinado a aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, conforme lo establece el artículo 4 de la Ley 1733 de 2014. Considerando esta multidimensionalidad del derecho, la Corte Constitucional decidió “[...] reiterar la orden impartida en la sentencia T-721 de 2017 por parte de la Corte Constitucional al Ministerio de Salud y Protección Social para que, [...], proceda a reglamentar las condiciones de viabilidad del consentimiento sustituto en el ámbito del derecho a morir dignamente, en los eventos en que (i) el paciente se encuentre en incapacidad legal o bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, y (ii) se carezca de un documento formal de voluntad anticipada, teniendo en cuenta para el efecto las distintas dimensiones del mencionado derecho fundamental, así como las pautas y los criterios desarrollados por la jurisprudencia constitucional.”

Posteriormente, en 2021, la consolidación del derecho a morir con dignidad experimentó un cambio fundamental con la Sentencia C-233 de 2021, en la cual la Corte Constitucional señaló que “[...] La condición de enfermedad terminal constituye una barrera al ejercicio fundamental del derecho a la muerte digna, una restricción desproporcionada a la dignidad humana, en sus dimensiones de autonomía e integridad física y moral.” En dicha decisión, la Corte aclaró también el alcance de esta nueva interpretación, afirmando que “[...] Las subreglas establecidas en la jurisprudencia en vigor de la Corte y el precedente constitucional, con excepción de la condición de enfermedad en fase terminal, debe respetarse en su integridad.”

En la misma decisión constitucional, al referirse específicamente al consentimiento, se precisa que “de conformidad con la jurisprudencia vigente (i) el consentimiento es el núcleo del derecho al acceso a servicios de muerte digna; (ii) la intervención médica es una condición necesaria, pues solo el profesional de la salud puede dar la información y orientación necesaria para que el consentimiento sea informado y para realizar el procedimiento de manera adecuada; (iii) el consentimiento debe ser inequívoco y constante en el tiempo, razón por la cual deben arbitrarse mecanismos para que este sea confirmado”. Asimismo, frente a la admisibilidad del consentimiento sustituto, la Corte establece que esta opción es válida para acceder a un servicio específico que conduzca a la muerte digna, “siempre que (i) existan condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna; o (ii) si se presentan contratos o manifestaciones de voluntad anticipada”.

La misma providencia agrupa la condición objetiva de elegibilidad para acceder a la eutanasia bajo el concepto de condición de salud extrema. Al respecto, señala que “el tipo penal analizado ya establece una situación genérica que involucra circunstancias de salud extrema, que son origen de intenso sufrimiento, entonces la condición de un pronóstico de muerte próxima no contribuye en la defensa de la vida, y sí supone una limitación profunda a la autonomía y al derecho a no enfrentar



condiciones incompatibles con los intereses críticos o el concepto de vida digna que cada persona defiende”. Finalmente, respecto a la posibilidad de acceder a servicios de muerte digna por condiciones mentales, la Corte determina que “[...] establecer en qué eventos específicos el sufrimiento derivado de condiciones mentales puede justificar el acceso a un servicio de muerte digna. Esta posibilidad corresponderá a un análisis del caso específico efectuado en principio por el Sistema de Salud y, solo eventualmente, por el juez de tutela”.

En desarrollos posteriores, ocurridos entre los años 2021 y 2025, la Corte Constitucional profundizó en aspectos esenciales para el ejercicio del derecho a morir con dignidad, especialmente en las subreglas relacionadas con el consentimiento informado, el sufrimiento y la condición de salud extrema. Estos elementos han sido señalados como criterios fundamentales que deben ser valorados y verificados rigurosamente al evaluar las condiciones de despenalización y al garantizar las prestaciones de salud asociadas al derecho fundamental a la muerte digna.

En particular, la Sentencia T-414 de 2021 concluyó claramente que “en la actualidad, no es necesario que el paciente esté en estado terminal para acceder a la eutanasia activa, debido a que, mediante la Sentencia C-233 de 2021, la Corte eliminó el requisito de que el paciente esté en fase terminal, para acceder a la eutanasia activa sin incurrir en el delito de homicidio por piedad”.

Por su parte, la Sentencia T-048 de 2023 reitera las subreglas que deben ser incluidas en la regulación relacionada con la eutanasia, precisando que “la legitimación para decidir hasta cuándo la existencia es deseable y compatible con la dignidad humana y, por tanto, para ejercer el derecho a la muerte digna radica, principalmente, en el titular del derecho a la vida, cuya voluntad prevalece”. Esta sentencia también resalta que, al hablar del consentimiento, es fundamental comprender claramente la situación particular de salud y las decisiones al final de la vida del paciente, reiterando que el consentimiento debe ser libre, informado e inequívoco. Por lo tanto, la validez del consentimiento debe analizarse teniendo en cuenta la situación específica de cada titular del derecho.

Asimismo, la Sentencia T-239 de 2023 advirtió que, a pocos días de la emisión de la Resolución 971 de 2021, la Corte Constitucional avanzó significativamente en la garantía del derecho a morir con dignidad, ampliando su ámbito de protección. Esto generó “un deber regulatorio en cabeza del Gobierno Nacional o del Ministerio de Salud para actualizar esta normativa y ajustarla a los mandatos constitucionales fijados por esta Corporación”. La sentencia destacó que “El análisis de constitucionalidad concluyó que ‘la condición de enfermedad en fase terminal desconoce la autonomía del paciente que desea terminar su vida porque se encuentra en condiciones extremas, que le producen un sufrimiento intenso, y que se oponen a su concepto de vida digna. Además, esta condición puede llevar a la persona a padecer un trato inhumano, cruel y degradante porque la somete a soportar un sufrimiento intenso de manera indefinida.’[111]” Así, la Corte determinó que la norma demandada era exequible bajo el entendido de que “no se incurre en el delito de homicidio por piedad, cuando la conducta (i) sea efectuada por un médico, (ii) sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable”.

La Sentencia T-445 de 2024 precisó aspectos clave en relación con la autonomía del paciente frente a decisiones sobre tratamientos y la eutanasia, señalando que, “aunque el médico es quien mejor conoce las razones científicas y técnicas sobre la condición clínica del paciente, la persona, como titular de dignidad humana, es la única que puede decidir hasta qué punto desea recibir un tratamiento o si, por el contrario, decide solicitar el acceso a la eutanasia”. La Corte enfatizó que, para garantizar el derecho de la persona a decidir sobre su muerte digna, los Comités Científico-Interdisciplinarios de las EPS deben evaluar las solicitudes de acceso a procedimientos eutanásicos “desde una perspectiva de respeto hacia la persona aquejada por una condición extrema de salud, que exige dejar a un lado la consideración del enfermo como un objeto de intervención médica, para reconocerlo plenamente como sujeto autónomo cuya voluntad es determinante”. En consecuencia, señaló la obligación de estos comités de realizar una “valoración integral del estado de salud físico y mental del paciente que permita conocer el nivel de conciencia sobre su situación y de sus posibilidades respecto a la manera en la que desea asumir



el fin de su vida. El intenso dolor o sufrimiento físico o psíquico derivado de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable [...] constituye una dimensión esencial en dicha valoración, dado su impacto directo en la calidad de vida del paciente.

En esta misma providencia, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social ajustar y actualizar la Resolución 971 de 2021, en concordancia con los criterios fijados en la Sentencia C-233 de 2021, y de acuerdo con los parámetros adicionales desarrollados por la Corte para asegurar efectivamente la garantía integral del derecho fundamental a morir con dignidad.

Por último, la Sentencia T-057 de 2025 indica que *“La muerte constituye una situación tan radicalmente irreversible que no es admisible, cuando no existe el consentimiento de la persona enferma o no es posible identificar el sentido posible de su decisión, que otra tome la decisión de que la vida llegue a su fin. La indisoluble relación entre el cuerpo, y los derechos a la vida y a la libertad, excluye la posibilidad de que otra persona pueda decidir que, a través de acciones específicas, se cause directamente la muerte. Los motivos de piedad o solidaridad que se invoquen para justificar esa pretensión no tienen la fuerza suficiente para que se active un procedimiento de eutanasia activa.”* Esta última providencia ordena además al Ministerio de Salud y Protección Social adecuar *“la reglamentación sobre el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, incluya el marco del modelo social de discapacidad y los elementos estructurales del sistema de apoyos: el principio de primacía de la voluntad y el criterio de la mejor interpretación de la voluntad.”*

Sumado al análisis jurisprudencial mencionado previamente, para la elaboración de este acto administrativo se han integrado marcos conceptuales del bioderecho y la bioética, con el propósito de sustentar técnicamente la regulación desde una perspectiva interdisciplinaria. Esto se complementó con la revisión de experiencias internacionales y reportes de casos relacionados con la eutanasia, a fin de consolidar una línea técnica clara y precisa, capaz de guiar adecuadamente la toma de decisiones y la garantía integral del derecho a morir con dignidad en sus distintas dimensiones. En consecuencia, se han establecido las condiciones de elegibilidad relacionadas con el diagnóstico de una condición de salud extrema, la capacidad para la toma de decisiones y de estas las expresiones o manifestaciones de voluntad frente al derecho a morir con dignidad y la presencia de sufrimiento intratable e irremediable.

1. Presencia de una condición de salud extrema

Con respecto a la primera condición, se ha identificado un tránsito de la presencia objetiva de un pronóstico de proximidad a la muerte, el cual se ha venido realizando bajo la verificación de condición del enfermo terminal, la cual partía de comprender el proceso de muerte como un continuo de condiciones clínicas de final de la vida en las que se podía encontrar un paciente independientemente de si su enfermedad es era progresiva y crónica, tal y como se había definida la terminalidad de acuerdo con la Ley de Cuidados Paliativos, 1733 de 2014. Lo anterior, en la comprensión de la muerte como proceso y como momento, siendo esto no limitado al tiempo o pronóstico de supervivencia sino a la posibilidad del cuerpo de responder a las intervenciones externas, sumado a la supervivencia global y la carga de afectación sintomática. Hasta pasar a reconocer que la condición de elegibilidad a la que hace referencia la dimensión objetiva es la presencia de un diagnóstico verificable y medicamente comprobado que amenaza la vida como consecuencia de una alteración fisiopatológica, que resultan en alteraciones de la funcionalidad, y al mismo tiempo se caracterizan por ser irreversibles e irrecuperables, que tienen su origen en una enfermedad grave e incurable o en una lesión corporal.

La actualización de las condiciones de elegibilidad, a partir de la Sentencia C-233 de 2021, provocó la necesidad de establecer una conceptualización que diera respuesta a la forma en la que se haría objetiva la evaluación de los conceptos de lesión corporal y enfermedad grave e incurable en el contexto del derecho a morir con dignidad. En consecuencia, se realizaron las revisiones técnicas correspondientes para emitir una propuesta que pudiera ser presentada y se presentó a las sociedades científicas del país, a las agremiaciones de medicina y a las facultades de medicina con programas de Bioética, la solicitud de conceptualizar sobre la delimitación de diagnósticos objetivos que pueden ser evaluados como condiciones de salud extrema y



los cuales pueden ser calificados con los adjetivos de irrecuperabilidad, intratabilidad, irremediabilidad o refractariedad; conceptos desde los cuales se propuso la definición incluida en el proyecto de resolución, pues serán estas evaluaciones las que permitan confirmar la existencia de un diagnóstico preciso y que las atenciones que se han brindado al paciente no solo mínimas sino las necesarias para garantizar que no sea la ausencia de cuidado proporcional y debido, el que derive en la afectación del bienestar clínico de la persona.

La conceptualización se orienta además a diferenciar la condición de discapacidad de la presencia de condiciones de salud extrema que resultan de diagnósticos específicos que pueda ser calificables como enfermedades graves e incurables, lesiones corporales o condiciones clínicas de fin de vida. Adicionalmente, reconoce que un diagnóstico médicamente comprobado como enfermedad grave e incurable de carácter irrecuperable, intratable y refractario puede ser una enfermedad o trastornos mentales, para los cuales la Corte Constitucional puntualmente refirió que sería el sistema de salud quien daría márgenes a la evaluación, por lo que se incluye la conformación de comités específicos para instituciones de prestación de servicios de salud mental.

2. Solicitud de eutanasia, reiteración y Consentimiento Informado. Voluntariedad de la solicitud por una persona con capacidad para entender la naturaleza y consecuencias de la solicitud.

Para el ejercicio de derechos desde lo reglamentado, la persona debe contar con capacidades y habilidades necesarias para decidir ejercer el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, pues son estas las que permiten el ejercicio de la autonomía y autodeterminación sobre lo que se considera digno para sí mismo. La posibilidad de contar con dichas capacidades y habilidades permite la comprensión de la naturaleza y consecuencias de una decisión como la de adelantar el momento de la muerte a través de la eutanasia, así como solicitar el inicio de la AET o expresar el rechazo terapéutico. Es ese mismo ejercicio de autonomía el que se traduce en la capacidad de deliberar sobre lo que es digno o no, y consecuentemente en la posibilidad de ser respetado en la decisión. De allí la relevancia de la evaluación de la capacidad mental para tomar la decisión de anticipación de la muerte.

Para facilitar la comprensión del proceso de toma de decisiones sobre las opciones del derecho a morir con dignidad, y el cumplimiento de condiciones de elegibilidad para la eutanasia, así como a garantía de este a través de opciones como el Cuidado Paliativo y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, se desagrega como momentos diferentes de la atención la Solicitud de eutanasia, la Reiteración de la solicitud y el Consentimiento para el procedimiento eutanásico. Esto en el entendido del carácter voluntario y personalísimo de la decisión de eutanasia, en tanto compatibilidad con su concepto de vida digna y calidad de vida, desde la idea de respeto a la persona y su autodeterminación, el interés por su bienestar y por sus intereses.

Partiendo entonces del principio de autonomía como particular y privado, se da la ponderación del criterio de prevalencia de autonomía y la condición de relativización de la protección del derecho a la vida, no basado en la mera subsistencia sino en el concepto de vida digna del titular del derecho. Es así como, cuando se dan circunstancias que impiden al paciente manifestar su voluntad sobre las opciones del derecho a morir con dignidad, se requiere partir de los principios de no daño y vulnerabilidad, en ponderación con los principios de autonomía y dignidad humana. Pues es, desde estos últimos, que se relativiza el concepto de que la muerte no supone un daño para el paciente.

Se recuerda que, T. Engelhardt (1995)², Harris, J. (2003)³, J. Duque (2001)⁴, T. Beauchamp (2011)⁵, C. Ovalle-Gomez (2012)⁶,

2 Engelhardt, T. H., Jr. (1995). Los fundamentos de la bioética. Ediciones Paidós Iberica.

3 Harris, J. (2003). Consent and end of life decisions. Journal of Medical Ethics, 29(1), 10–15.
<https://doi.org/10.1136/jme.29.1.10>

4 Zea, J. H. D., Arenas, D. A., R., J. B., & Acosta, O. V. (2001). El consentimiento informado en la práctica médica.



Beca Infante, J. P. (2017)⁷C. Cossio-Uribe y R. Posada-Saldarriaga⁸ (2020) L.A Bazzano (2021)⁹, P. Simon Lorda y C. Romeo Casabona (2002)¹⁰, el proceso de consentimiento requiere de (i) información, (ii) capacidad mental para tomar la decisión y (iii) voluntariedad para escoger dentro de las opciones disponibles. De este proceso resulta el consentimiento informado, el cual puede ser directo, dado por el paciente o indirecto, por representación o sustituto (como le ha denominado la jurisprudencia en el derecho a morir con dignidad). En consecuencia, y tal como exponen Lucas, F. V. G., Civeira Murillo, E., & Gómez-Aller, J. D. (2010)¹¹, siempre que se trate de la expresión directa del consentimiento informado se da prevalencia a la autonomía del paciente cuando es este en primera persona quien expresa la decisión tomada; y cuando se trata de la expresión indirecta del consentimiento, representación o sustituto, es un tercero quien expresa la decisión tomada, en cuyo caso no se da prevalencia a la autonomía del paciente, sino que se actúa habitualmente en procura de su mejor interés u orientándose a partir de cuál sería la posición de la persona en torno a la decisión.

De allí que existan decisiones que solo se pueden validar por medio del consentimiento directo del paciente que puede expresar la voluntad inequívoca de morir, esto a partir de la su concepto de vida digna, sufrimiento y calidad de vida en salud, pues le permite decidir frente a la condición de salud extrema en la que se encuentra que la vida no resulta en un bien para sí mismo; todos los anteriores, conceptos y categorías, no puede ser evaluados o definidos por un tercero, sin que se cuente con un medio de verificación o mecanismos que impidan abusos a los más vulnerables.

Ahora bien, cuando se trata del consentimiento sustituto en las opciones de Cuidado Paliativo y la Adecuación del esfuerzo terapéutico, el objetivo que se persigue es permitir la muerte sin procurar la mera subsistencia, y sin anticipar el momento de la muerte, razón por la cual los principios de razonabilidad y proporcionalidad ganan peso en la toma de decisiones. Lo anterior es esencial, en casos donde se ponen en riesgo personas históricamente excluidas y vulneradas, como es el caso de las personas en condición de discapacidad, pues bajo la idea de prevenir el sufrimiento o considerar que se está en su mejor interés que se induzca la muerte al no poder cumplir con las expectativas de funcionalidad o condiciones considerables como dignas ante los ojos de terceros. Y es por ello por lo que solo puede ser expresada la solicitud de manera directa por el paciente y no por un tercero, incluyendo la posibilidad del uso del Documento de Voluntad Anticipada y la continuidad del proceso de manejo de la solicitud cuando sea verificable la existencia de un Registro de Solicitud de Eutanasia.

Cuando se trata del consentimiento informado para el ejercicio del derecho a morir con dignidad se requiere diferenciar el consentimiento directo del consentimiento indirecto o sustituto, según el tipo de opción a la que se pretende acceder y el alcance de la misma en la protección integral de la vida en especial de los sujetos de especial protección. Siendo la representación o sustitución del consentimiento viable para la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y los Cuidados Paliativos, pero no para la Eutanasia.

5 Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(4), 515–523.

<https://doi.org/10.1017/S0963180111000259>

6 Ovalle, C. (2012). Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 10(1), 541–561.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77323982034>

7 Beca Infante, J. P. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(4), 269–271. <https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000400269>

8 Cossio-Uribe, C. (2020). *Ética médica*. CIB-CES.

9 Bazzano, L. A., Durant, J., & Brantley, P. R. (2021). A modern history of informed consent and the role of key information. *The Ochsner Journal*, 21(1), 81–85. <https://doi.org/10.31486/toj.19.0105>

10 Simon Lorda, P., & Romeo Casabona, C. (2002). Problemas prácticos del consentimiento informado. *Fundació Grifols*. <https://www.fundaciogrifols.org/es/-/05.-problemas-pr%C3%A1cticos-del-consentimiento-informado>

11 Lucas, F. V. G., Civeira Murillo, E., & Gómez-Aller, J. D. (2010). Consentimiento por representación.



Permitir la sustitución de la solicitud, o el consentimiento sin que existan condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna, para eutanasia desnaturaliza la mismas razones de su validez ética, la autonomía de la persona y su evaluación del sufrimiento frente a su condición de salud; peor aun cuando se válida como una opción en consideración del sufrimiento de un tercero, y se corre el riesgo de admitir comportamientos eugenésicos, así como aquellos fundamentados en la sobrecarga del cuidador o las dificultades psicosociales secundarias de las necesidades sanitarias o dependencia de tecnologías en salud. Es tan indisoluble relación entre el cuerpo, y los derechos a la vida y a la libertad, excluye la posibilidad de que otra persona pueda decidir que, a través de acciones específicas, se cause directamente la muerte. Los motivos de piedad o solidaridad que se invoquen para justificar esa pretensión no tienen la fuerza suficiente para justificar la eutanasia, tal y como ha expuesto la Corte en la sentencia T-057 de 2025.

Con el propósito de la ponderación de protección de la vida frente a la autonomía individual, se establecen parámetros específicos para que en los casos en los cuales no se cuente con una expresión de Documento de Voluntad Anticipada, pero se haya cursado el proceso de verificación puedan los representantes del paciente en prevalencia de su autonomía consentir la realización del procedimiento eutanásico, de la misma manera que se dan instrucciones para las situaciones donde el paciente se encuentre en incapacidad fáctica de reiterar la solicitud o dar su consentimiento informado para que se realice el procedimiento eutanásico.

Es necesario reiterar que no es posible apartarse de que la interpretación particular de la dignidad frente a la muerte proviene de la persona como una expresión voluntaria y libre. Autonomía y libertad son condiciones primordiales e ineludibles para decidir sobre la anticipación del momento de muerte y del final de la vida, se considera resultado de una reflexión a conciencia, consecuencia del libre desarrollo de la personalidad, ya sea anticipada o final de la vida. Es así como una expresión voluntaria frente a lo que se considera una muerte digna, sea cual sea la opción válida para el individuo, es el resultado de un ejercicio de autonomía, en ponderación con lo que valora digno o no, redundando en una elaboración íntima y personal. Ciertamente, que cualquier persona diferente a uno mismo, en un ejercicio de sustitución de la voluntad, determine que continuar viviendo configura un daño, va en contravía de la definición de decisión autónoma.

En consecuencia, para el caso de niños, niñas y adolescentes, se tiene en cuenta la autonomía progresiva y contextual, así como los momento de la vida en el que pudiera alcanzarse la posibilidad de expresar de forma inequívoca e informada una voluntad de anticipación de muerte. Encontrándose esta entre los once y doce años, debido a que el desarrollo neurofisiológico —a través del cual se alcanza progresivamente la presencia de hitos del desarrollo que permiten la toma de decisiones—, puede ser identificado como habilidades específicas en el contexto clínico a partir de esta edad. Las habilidades alcanzadas en este momento del desarrollo neurológico ponen a disposición de la persona aptitudes como (i) la capacidad para recibir la información y reconocer la relevancia de esta además de recordarla, (ii) razonar sobre las alternativas y ordenar estas jerárquicamente de acuerdo con lo que considera apropiado para sí mismo, (iii) contar con la habilidad para seleccionar una opción y renunciar a las otras.

3. Sufrimiento

El concepto de sufrimiento, en medicina y cuidado de la salud, incluye diferentes cosas, dolores físicos y psicológicos, la inhabilidad de llevar a cabo las actividades diarias e imposibilidad de realizarse frente a los valores individuales frente a la vida. Es por ello, que el sufrimiento supone experiencias dolorosas en diferentes niveles que se conectan a través del estado de sufrimiento, sin embargo, son distinguibles y unas de otras, (i) el cuerpo, (ii) las relaciones con el mundo y con los otros, y (iii) el marco de valores individuales. El sufrimiento es en esencia una sensación que atraviesa la vida de la persona, cómo actúa frente al mundo, cómo se comunica con otros, cómo entiende y mira las prioridades y metas de la vida. De cara a la enfermedad, fragilidad y vulnerabilidad de cualquier condición física que provoque una disrupción del concepto de salud



y bienestar, se pueden identificar razones físicas, psicológicas-emocionales, sociales y aquellas relacionadas con la pérdida de sí mismo, aquellas que se agudizan ante la desesperanza de un proyecto de vida en el cual no se puede resolver la situación que genera el sufrimiento. En consecuencia, el sufrimiento es uno de los ejes centrales del ejercicio de del derecho a morir con dignidad, pues en efecto afecta la integridad física, el desarrollo individual y con ello la noción de dignidad del individuo, en especial porque que para algunas personas en contextos específicos el sufrimiento de la condición o enfermedad puede ser calificado como algo más grande que la muerte misma.

Partiendo de las consideraciones expuestas, es importante que se observe el concepto de sufrimiento en el ejercicio del derecho a morir con dignidad, como el resultado de la experiencia de la persona, a razón de la multidimensionalidad del ser persona y no estrictamente del ser humano en general. Estas dimensiones del sufrimiento de la persona en el ámbito médico pueden resumirse como estado de distrés, más o menos permanente, experimentado por el sujeto en el seno de una sociedad y cultura concreta al enfrentar una amenaza percibida como capaz de destruir su propia integridad física o psicosocial y ante la cual se siente vulnerable e indefenso.

El sufrimiento en el proceso de muerte, se construye y está determinado por quién se es —como persona—, o se ha dejado de ser, por el carácter y personalidad, el pasado del proceso de enfermedad, la historia personal y la posibilidad de legado, la cultura, las experiencias sociales que han definido esa historia, el entorno familiar y las relaciones personales, incluyendo las creencias y miedos, y de estos últimos la pertenencia a algo mayor que el sujeto mismo y con ello la posibilidad de trascendencia espiritual. En conclusión, el sufrimiento de la persona con una condición de salud extrema es multidimensional, propio y determinado por la persona, un concepto discrecional y altamente subjetivo. En consecuencia al ser estrictamente subjetivo siempre habrá limitaciones para conocer de manera objetiva medios concretos para su alivio y ponderación, dejando consigo el riesgo más allá de la duda razonable de que se esté respondiendo a un deseo y a una reflexión de situaciones que aún no se han experimentado y sobre las cuales puede no tenerse completa comprensión.

La descripción del sufrimiento y la búsqueda por el alivio de éste, son indispensables para entender la necesidad de algunas personas de adelantar la muerte a través de la eutanasia, y para regular el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia como opción ante una condición de salud que le paciente considera extrema. Las definiciones y el impacto del sufrimiento en cada persona requieren siempre de la atención y cuidado para su alivio por parte de cuidados paliativos, y es por ello que la presencia de estos es considerada indispensable al considerar que una solicitud de eutanasia o adecuación de esfuerzos terapéuticos no está relacionada o definida por la falta de acceso a un alivio posible, o porque se han continuado intervenciones que sostienen biológicamente la vida en circunstancias que no resultan en un beneficio para el paciente.

Con respecto a lo relacionado con la opción de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos como un proceso asistencial estructurado que permita el acompañamiento integral del paciente y su familia, en la construcción de nuevos objetivos de cuidado que respondan al mejor interés del paciente y a los principios de razonabilidad y proporcionalidad. El cual si bien había sido previamente incluido en la regulación por medio de la Resolución 299 de 2020, requiere un desarrollo específico que dé cumplimiento a lo ordenado y además que genere un orden en las prestaciones específicas que den garantía al derecho, teniendo en cuenta que La Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos-AET, es un proceso asistencial que requiere siempre de la comprensión de criterios y conceptos éticos fundamentales como la proporcionalidad, el concepto de daño, de dignidad humana y justicia sanitaria, en tanto demanda para su implementación —de forma permanente—, que se transmitan a la persona y su entorno familiar, de forma clara y sin eufemismos, las distinciones conceptuales entre matar y permitir morir, y entre las consecuencias buscadas o meramente previstas, así como aquellas medidas consecuencias del doble efecto.

La AET, es primariamente un ejercicio médico, en el cual se proponen y realizan cambios a los objetivos y planes de atención de una persona que se encuentra afrontando una enfermedad o condición sin posibilidades razonables de cura, donde la continuidad de las intervenciones o soportes podría generar daño y sufrimiento, y su activación incluye la suspensión, retiro de medidas de soporte vital, y el no inicio de medidas que puedan ser desproporcionadas entre los fines y medios terapéuticos.



Y si bien se espera que el inicio de la AET parta de un ejercicio de proporcionalidad adelantado por el médico o el equipo médico, la AET también está titulada al proceso de toma de decisiones de la persona, o de su representante, quien activamente puede solicitar una modificación en la conducta de cuidado, que sea acorde a los conceptos de bienestar y calidad de vida de la persona y su marco de valores personales. Dicho ejercicio clínico corresponde a la ética médica y se encuentra contenido en la Ley 23 de 1981, la cual indica “El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen”⁹ de la misma manera que “El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales”.

La conducta clínica de “la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento.”

La AET, cómo proceso asistencial de indicación médica se compone de manera primordial por dos momentos, que pueden darse o no de manera simultánea, i) el momento en que no se instauran medidas y se permite el curso natural de la enfermedad ii) el momento en que se retiran terapias o medidas y donde es posible diferenciar: medidas que al retirarlas no causan la muerte directamente, pero permiten el curso normal de la enfermedad y medidas que al ser retiradas necesariamente causarán la muerte. Para lograr que esto suceda de forma coherente y estructurada, sin abandonar al paciente y con respeto a la *lex artis* y la autonomía del paciente, se debe partir de manera ideal de un consenso entre los equipos médicos, y establecer un proceso comunicativo donde se planteen las diferentes opciones terapéuticas disponibles, señalando aquellas que son inapropiadas, las posibilidades de sobrevida y las implicaciones de los diferentes cursos de acción, teniendo en cuenta que pueden darse situaciones de incertidumbre en la evolución.

En reconocimiento de los posibles conflictos ético clínicos derivados de la incertidumbre y la toma de decisiones frente al concepto de mejor interés en el marco de la AET, se procura diferenciar los Comités de Ética Hospitalaria de los Comités Interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, se describen de manera diferenciada estos y sus roles, teniendo en cuenta las definiciones de los tipos de Comités de Bioética de la UNESCO, aclarando que los Comités Interdisciplinarios, no son tribunas de deliberación sino mecanismo de verificación que funcionan como segundos evaluadores en el proceso de identificación de las condiciones de elegibilidad por despenalización para acceder a la eutanasia, los cuales tienen funciones específicas y son tomadores de decisiones a diferencia de los comités de ética hospitalaria que realizan funciones consultivas, pueden dar recomendaciones sobre conductas asistenciales por medio de la revisión de casos prospectiva y retrospectivamente; y que para el tema tratado por la regulación se le designa una conformación particular con el propósito de que puedan dar cursos de acción en circunstancias particulares de casos de adecuación del esfuerzo terapéutico.

3.5 Circunstancias jurídicas adicionales

El proyecto de resolución fue publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, web [www.minsalud.gov.co / normativa / proyectos de actos administrativos / proyectos de resolución](http://www.minsalud.gov.co/normativa/proyectos-de-actos-administrativos/proyectos-de-resolucion), así:

PRIMERA PUBLICACIÓN: 15 días calendario

- Fecha de inicio: _____
- Fecha de finalización: _____

**4. IMPACTO ECONÓMICO (Si se requiere)**

El proyecto de resolución no tiene efectos económicos directos ni implica erogación presupuestal para el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. VIABILIDAD O DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (Si se requiere)

No se contempla disponibilidad presupuestal para la ejecución de las acciones contenidas en este acto administrativo.

6. IMPACTO MEDIOAMBIENTAL O SOBRE EL PATRIMONIO CULTURAL DE LA NACIÓN (Si se requiere)

El proyecto de resolución no tiene ni requiere análisis de impacto ambiental o sobre el patrimonio cultural de la nación, dado que pretende proteger a las personas, la fauna y el ambiente.

7. ESTUDIOS TÉCNICOS QUE SUSTENTEN EL PROYECTO NORMATIVO (Si cuenta con ellos)

N/A

ANEXOS:

Certificación de cumplimiento de requisitos de consulta, publicidad y de incorporación en la agenda regulatoria

X

(Firmada por el servidor público competente –entidad originadora)

Concepto(s) de Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

(Cuando se trate de un proyecto de reglamento técnico o de procedimientos de evaluación de conformidad)

(Marque con una x)

Informe de observaciones y respuestas

(Análisis del informe con la evaluación de las observaciones de los ciudadanos y grupos de interés sobre el proyecto normativo)

(Marque con una x)

Concepto de Abogacía de la Competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio

(Cuando los proyectos normativos tengan incidencia en la libre competencia de los mercados)

(Marque con una x)

Concepto de aprobación nuevos trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública

(Cuando el proyecto normativo adopte o modifique un trámite)

(Marque con una x)

Otro

(Cualquier otro aspecto que la entidad originadora de la norma considere relevante o de importancia)

(Marque con una x)

Aprobó:

Aprobó:

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios



SANDRA CONSUELO MANRIQUE MOJICA

Asesora del Despacho de Viceministerio de Protección Social, encargada de las funciones de la Dirección de Promoción y Prevención.

Asesora del Despacho del Viceministro de Protección Social encargada de las funciones de la Dirección de Promoción y Prevención

Proyecto: JMoreno
Revisó: RLuque/GPineda