



Entidad originadora:	Ministerio de Salud y Protección Social
Fecha (dd/mm/aa):	
Proyecto de Decreto/Resolución:	Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con el derecho a morir dignamente, en sus dimensiones de Eutanasia y de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, y se derogan las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021 y se modifican parcialmente los artículos 2 y 3 de la Resolución 13437 de 1991

## 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, T-438 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, de lo que deriva la necesidad de modificar parcialmente la Resolución 13437 de 1991 en lo atinente a su conformación y funciones cuando se trate de un caso de AET o el Comité Interdisciplinario de Eutanasia requiera de su apoyo consultivo ante una solicitud de uso de apoyos interpretativos de la voluntad.

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 que se tenga sobre el concepto de 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 la misma 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, T-057 de 2025 y T-438 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, y otros registros de la solicitud que puedan ser mecanismos para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna, 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. Lo cual es particularmente relevante ante la decisión de la Corte Constitucional de incluir, como un mecanismo excepcional, los apoyos interpretativos de la voluntad como un medio excepcional que permite interpretar cual sería la voluntad del paciente frente a la eutanasia cuando existe una manifestación oral o verbal a sus allegados sobre la muerte digna, o cuando a pesar de que en el pasado no habló específicamente del derecho a morir con dignidad ni específicamente sobre eutanasia es posible interpretar las preferencias e intereses vitales de la persona. Lo que requiere emitir instrucciones sobre la aplicación de las Reglas especiales sobre el consentimiento y Reglas especiales para los apoyos interpretativos de la voluntad de una persona establecidas en la jurisprudencia, dentro de un marco prestacional que permita identificar los diferentes momentos y pasos que darán la viabilidad al uso del consentimiento sustituto para la realización del procedimiento eutanásico.

## **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, T-057 de 2025 y T -438 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, T-057 de 2025 y T-438 de 2025. Teniendo como marco las Sentencias Constitucionales C 239 de 1997 y C 233 de 2021.

### **3.3. Disposiciones derogas, subrogadas, modificadas, adicionadas o sustituidas**

Deroga las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021. Modifica parcialmente el artículo segundo y tercero 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, T-057 de 2025 y T-438 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 1º 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.”

*Sentencia T-438 de 2025*



**“Cuarto. ORDENAR** al Ministerio de Salud y Protección Social a adecuar “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”, establecido en la Resolución 971 de 2021 en lo relacionado con los apoyos interpretativos de la voluntad de una persona para el ejercicio del derecho a morir dignamente de acuerdo con las consideraciones de esta sentencia. En particular, observar los elementos para regular la mejor interpretación de la voluntad del titular del derecho fundamental por parte de los comités interdisciplinarios del derecho a morir dignamente.”

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 29 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*”<sup>1</sup>.

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

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





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 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.

En su momento 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.”*

Y recientemente, la Sentencia T-438 de 2025, “la Corte introducirá el término “apoyos interpretativos de la voluntad de una persona”, en el marco del ejercicio del derecho a la muerte digna, desde ahora se precisará que esa expresión hace referencia a aquellos casos en los que el consentimiento para el acceso al procedimiento eutanásico se expresa por un tercero a partir de la interpretación de la voluntad del paciente. [...] La Corte sostendrá que es más compatible con los derechos de las personas con discapacidad hacer referencia al concepto de “apoyos interpretativos de voluntad” en todos aquellos casos en los que hay lugar a interpretar la voluntad y preferencias de una persona (escenarios 1 y 2)...” indicando que “la determinación de la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de una persona no se trata de una tarea que pueda o deba universalizarse ni se constituye a partir de una fórmula única o igual para todos los casos.”





Lo anterior no sin reconocer “... los riesgos por indeterminación interpretativa, influencias indebidas, coerción o falta de voluntad son demasiado altos en tales situaciones para justificar una intervención en el ejercicio de la muerte digna[100]” pero reiterando que “dado que las vidas de las personas con discapacidad tienen el mismo valor intrínseco de todas las demás, esta Corte ha señalado que el amparo de sus derechos incluye tanto vivir como morir con dignidad. En esa medida, esta decisión pretende definir criterios para determinar que se realizó la mejor interpretación de la voluntad de una persona, de acuerdo con los parámetros de la jurisprudencia, en aquellos casos en los cuales existe algún tipo de manifestación previa o intereses vitales que puedan interpretarse.” Cuando, “No se tiene conocimiento de que la persona previamente haya manifestado su opinión sobre la muerte digna, y en la actualidad el individuo no cuenta con conciencia o vías para expresar su voluntad. Entre las hipótesis en las que podría darse este caso, hay al menos dos supuestos relevantes: (a) cuando la persona no expresó en el pasado su posición sobre la muerte digna, pero su familia o allegados conocen sus intereses vitales; y (b) cuando la persona nunca ha expresado nada (escenario 2 descrito anteriormente).”

En consecuencia con lo anterior, se expone la necesidad de continuar con una estricta diferenciación procedimental entre solicitud de eutanasia, y consentimiento para la aplicación del procedimiento eutanásico cuando se cumplen las condiciones de despenalización establecidas por la jurisprudencia; sobre lo se construye y delimita la exploración de la voluntad libre, informada e inequívoca, de la solicitud y las situaciones excepcionales donde se usan mecanismos que permiten arbitrar cuales son las condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna y particularmente sobre la eutanasia e identificar si es viable que alguien diferente al paciente pueda dar el consentimiento sustituto para que sea llevado a cabo el acto asistencial que corresponde al procedimiento eutanásico cuando ya el Comité Interdisciplinario de Eutanasia, ha verificado el cumplimiento de condiciones y las subreglas establecidas en la jurisprudencia con respecto a las condiciones objetivas y subjetivas, de la condición de salud extrema que genera sufrimiento y que motiva la solicitud del paciente, en tanto afectación a su concepto de calidad de vida en salud y vida digna.

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 esta las expresiones o manifestaciones de voluntad frente al derecho a morir con dignidad y la presencia de sufrimiento intenso e insoportable frente al cual se identifica intratabilidad e irremediabilidad.

#### 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 definido 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. Lo anterior, 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 médicamente 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 exteriorizada 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 conceptuar 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 la garantía de este a través de opciones como el Cuidado Paliativo y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos, se desagregan como momentos diferentes de la atención la i) la Solicitud de eutanasia, ii) la Reiteración de la solicitud y iii) el Consentimiento para el procedimiento eutanásico. Esto en el entendido del carácter voluntario y personalísimo de la decisión de someterse al procedimiento eutanásico, en tanto haya compatibilidad con el propio concepto de vida digna y de calidad de vida, al igual que desde la idea de respeto a la persona y su autodeterminación, el interés por su bienestar y por sus intereses personales. Se incluyen ahora cuales pueden ser las condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la eutanasia posibles de arbitrar, como: la existencia un DVA, una Directiva Anticipada que verse sobre salud y las decisiones relacionadas con el ejercicio del derecho a morir con dignidad, un Registro de Solicitud de Eutanasia; y de forma excepcional el uso de un apoyo interpretativo de la voluntad de la persona, cuando exista una expresión manifestada de manera verbal u oral conocida por familiares o allegados al paciente, así como cuando un familiar o allegado del paciente exprese que es posible interpretar las preferencias e intereses vitales de la persona aun cuando no habló en el pasado sobre muerte digna, ni específicamente sobre eutanasia.

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 y particularmente sobre eutanasia, 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)<sup>2</sup>, Harris, J. (2003)<sup>3</sup>, J. Duque (2001)<sup>4</sup>, T. Beauchamp (2011)<sup>5</sup>, C. Ovalle-Gomez (2012)<sup>6</sup>, Beca Infante, J. P. (2017)<sup>7</sup>, C. Cossio-Urbe y R. Posada-Saldarriaga<sup>8</sup> (2020) L.A Bazzano (2021)<sup>9</sup>, P. Simon Lorda y C. Romeo Casabona (2002)<sup>10</sup>, 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)<sup>11</sup>, 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 su particular 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 pueden 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. Esto en coherencia con el principio de autonomía y respeto por el principio de la dignidad humana, lo que hará permisible 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, que alguien diferente al paciente dé el consentimiento de forma indirecta. Siendo entonces la representación o sustitución de la solicitud viable para la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y los Cuidados Paliativos, pero no para la Eutanasia de forma general.

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

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.

5 Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*: CQ: The International Journal of Healthcare Ethics Committees, 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-Urbe, 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.



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 consideradas como dignas ante los ojos de terceros.

Es en coherencia con lo previamente expuesto que, históricamente, la regulación emitida por este Ministerio, ha indicado que la solicitud de eutanasia solo puede ser expresada de manera directa por el paciente y no por un tercero; lo que incluye la posibilidad del uso del Documento de Voluntad Anticipada, en tanto éste, a pesar de ser presentado por alguien diferente al paciente, se ha reconocido como una expresión directa del titular del derecho. Sin embargo, en cumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional con respecto a la necesidad de ajustar la viabilidad del consentimiento sustituto frente a las opciones disponibles del derecho a morir con dignidad, se han insertado en la presente regulación, la viabilidad del uso del Consentimiento Sustituto, cuando habiendo una solicitud directa del paciente este se encuentra en imposibilidad fáctica de reiterar su solicitud, o de dar el Consentimiento Informado para la aplicación del procedimiento eutanásico, y existe un Registro de Solicitud de Eutanasia, o una Directiva Anticipada que permitan reconocer la voluntad del paciente con la intención de evitar prolongar el sufrimiento ante la imposibilidad fáctica de que sea el paciente quien de su consentimiento directo.

Ahora bien, en la más reciente decisión de la Corte, Sentencia T-438 de 2025, la Corte aborda el tema de *“la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de una persona en el marco del derecho a morir dignamente.”*, se inserta la posibilidad de que alguien diferente al paciente exprese la solicitud de eutanasia bajo el concepto apoyo interpretativo de la voluntad, según el cual es posible determinar cuál sería la preferencia del titular del derecho, aun si este se encuentra en imposibilidad fáctica de expresar o comunicar su solicitud, en dos escenarios particulares: (i) cuando la persona no ha formalizado su voluntad a través de un Documento de Voluntad Anticipada pero si ha hecho manifestaciones orales o verbales a sus allegados sobre morir dignamente y cuando (ii) la persona no habló en el pasado sobre muerte digna, pero sus preferencias e intereses vitales se pueden interpretar. Frente a las cuales se requieren de mecanismos de arbitramento de mayor exigencia y procesos de verificación específicos para determinar la posibilidad de que un tercero dé su consentimiento para la práctica del procedimiento eutanásico, los cuales han de ser ejecutados en el cumplimiento de las funciones del Comité Interno de Eutanasia.

Por lo mismo, se inserta a la regulación el mecanismo excepcional de comunicar una solicitud con el uso de apoyos interpretativos de la voluntad, para que sea evaluada la viabilidad del consentimiento sustituto siempre y cuando existan condiciones para determinar cuál sería la posición de la persona en torno a la muerte digna; puesto que en ausencia de ellas, tal y como lo expuso la misma Corte en la sentencia T-057 de 2025, es tan indisoluble relación entre el cuerpo, y los derechos a la vida y a la libertad, que se excluye la posibilidad de que otra persona pueda decidir que, a través de acciones específicas, se cause directamente la muerte, pues los motivos de piedad o solidaridad que se invoquen para justificar esa pretensión no tienen la fuerza suficiente para justificar la eutanasia”, asunto que imprimiría en el caso del ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una completa desnaturalización de las razones de su validez ética, a saber: 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.

En consecuencia, y con el propósito de ponderar la 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. Y en desarrollo del nuevo precedente tutelar, ST- 438 de 2025, el proyecto



delimita de forma expresa que el uso de apoyos interpretativos de la voluntad opera exclusivamente como una fase de análisis reforzado dentro del régimen del consentimiento sustituto, y se articula con las reglas de verificación, proporcionalidad y trazabilidad propias de este mecanismo excepcional. Por ello, se establecen salvaguardas con el fin de garantizar que la decisión final responda a la prevalencia de la autonomía del paciente y no a inferencias, proyecciones o intereses de terceros. De este modo, el proyecto asegura una interpretación armónica con el marco constitucional y legal vigente, preservando la seguridad jurídica, la protección reforzada de personas en situación de vulnerabilidad y la integridad del proceso de manejo de la solicitud de eutanasia y la realización del procedimiento eutanásico solo cuando es posible verificar más allá de cualquier duda razonable que se trata de la voluntad del paciente. Puesto que no es permisible apartarse de que la interpretación particular de la dignidad frente a la muerte proviene de la persona como una expresión voluntaria y libre.

En efecto del inamovible carácter de la autonomía y la libertad como 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 al 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.

Lo cual ha de ser aplicable para el caso de niños, niñas y adolescentes, en quienes se tiene en cuenta la autonomía progresiva y contextual, así como los momentos 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 neuro-fisiológico —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, las cuales 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 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 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 transcendencia 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.

Es en consideración de lo anterior que con respecto al sufrimiento, se ha establecido para la regulación un estándar mixto, que da prevalencia a la experiencia subjetiva del paciente, de frente a una evaluación de clínica de opciones disponibles para que este sea tratado, de ahí que frente a la solicitud sea definido como intenso e insoportable, adjetivos definidos en la jurisprudencia y frente a la valoración conceptualizado en irremediable e intratable con respecto a las alternativas que puedan ofrecerse al paciente. Este estándar mixto que integra el significado subjetivo del paciente y la verificación clínica proporcional conforme a la *lex artis*, se delimita sin imponer exigencias de agotamiento terapéutico. Estas salvaguardas garantizan decisiones libres, informadas y protegidas frente a presiones, asegurando coherencia con los principios de dignidad humana, proporcionalidad terapéutica y justicia en salud.

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 229 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”<sup>9</sup> 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.

En consecuencia, la Adecuación de Esfuerzos Terapéuticos (AET) se regula como un proceso clínico destinado a evitar la obstinación terapéutica y garantizar cuidado proporcional, digno y centrado en la persona. La AET permite alinear los objetivos del tratamiento con la condición de salud del paciente y con su concepto de calidad de vida y dignidad humana, sin que implique acciones orientadas a causar directamente la muerte. El proyecto reconoce la AET como un derecho autónomo, aplicable mediante voluntad del paciente o de su representante, incluyendo NNA y personas con discapacidad, en concordancia con el principio de autonomía progresiva y contextual, los apoyos previstos en la Ley 1996 de 2019 y las reglas éticas sobre mejor interés y el criterio de mejor interpretación de la voluntad. Se delimita a su vez que el Documento de Voluntad Anticipada actúa como referente preferente y no como requisito cuando incorpora preferencias relevantes. Adicionalmente, se establece de manera específica que a diferencia de la eutanasia, en la AET no se exige la verificación de sufrimiento intratable e irremediable, sino la valoración de futilidad o desproporción de tratamientos. Su regulación unifica estándares, evita interpretaciones erróneas y asegura decisiones proporcionadas y que se orienten a prevenir la obstinación terapéutica.



En adición a lo antes expuesto, se han tenido en cuenta los problemas identificados en la práctica asistencial, especialmente en las limitaciones técnicas de valoración del sufrimiento como dimensión subjetiva, la interpretación de condiciones clínicas y la exigencia indebida de “agotamiento” terapéutico. Así como confusiones frecuentes entre los conceptos de expresiones y manifestaciones de voluntad en el contexto de directivas anticipadas y Documento de Voluntad Anticipada; y la ausencia de lineamientos claros para personas con discapacidad en el uso de apoyos y ajustes razonables.

### 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: 13 de junio de 2025
- Fecha de finalización: 27 de junio de 2025

SEGUNDA PUBLICACIÓN: 15 días calendario

### 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

*(Firmada por el servidor público competente –entidad originadora)*

X

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

*(Marque con una x)*



<i>(Análisis del informe con la evaluación de las observaciones de los ciudadanos y grupos de interés sobre el proyecto normativo)</i>	
Concepto de Abogacía de la Competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio <i>(Cuando los proyectos normativos tengan incidencia en la libre competencia de los mercados)</i>	<i>(Marque con una x)</i>
Concepto de aprobación nuevos trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública <i>(Cuando el proyecto normativo adopte o modifique un trámite)</i>	<i>(Marque con una x)</i>
Otro <i>(Cualquier otro aspecto que la entidad originadora de la norma considere relevante o de importancia)</i>	<i>(Marque con una x)</i>

**Aprobó:**

Aprobó:

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**TATIANA LEMUS PÉREZ**  
**Directora de Promoción y Prevención.**Proyecto: JMoreno  
Revisó: RLuque/CRios