



Teniendo en cuenta que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad y que esta prerrogativa no se limita exclusivamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo, sin que este último se entienda como exclusivamente el final de la vida. La carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente, deberá incluir un capítulo especial concerniente al derecho fundamental a morir dignamente, donde se ponga en conocimiento público de los usuarios del SGSSS los derechos y deberes en lo concerniente a una muerte digna así:

- **Cuidado paliativo**
Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde 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. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.
- **Eutanasia**
Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una

enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

- **Enfermedad terminal**

Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

- **Agonía**

Situación que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o días.

- **Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos - AET**

Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa, irreversible o terminal 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 esta. La AET supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño, sufrimiento o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

- **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 se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico y se da como resultado de un proceso de comunicación, donde el médico y el equipo interdisciplinario han dado información clara, objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse a la persona que expresa la solicitud, así como su derecho a desistir de la misma.

- **Derecho fundamental a morir con dignidad.**

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. Este derecho no se limita solamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

- **Enfermedad incurable avanzada**

Aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evoluciona hacia la muerte a mediano plazo.

- **Solicitud de eutanasia**

Expresión verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de su muerte al encontrarse frente al sufrimiento provocado por una condición clínica de fin de vida. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. El documento de voluntad anticipada se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia.

Derechos del paciente en lo concerniente a morir dignamente:

1. Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
2. Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas que puedan generar sufrimiento; teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.
3. Recibir la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno, con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable, avanzada o terminal.
4. Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo estas no son excluyentes. El médico tratante, o de ser necesario el equipo médico interdisciplinario, debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico.
5. Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse.
6. Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, también sobre el plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. Asimismo, le será informado acerca del derecho a negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse la misma.
7. Solicitar los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos desproporcionados en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.
8. Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida, en consonancia con el derecho a morir con dignidad, permitiendo una muerte oportuna.
9. Ser respetado en el derecho al libre desarrollo de la personalidad tras recibir información para rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y tratamientos.
10. Ser respetado en su voluntad al solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.
11. A que sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso al adecuado alivio sintomático.
12. Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia, limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos.

13. Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.
14. Recibir por parte de los profesionales de la salud y miembros de la EPS una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos y procesos asistenciales orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través del procedimiento eutanásico.
15. Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales, ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.
16. A que la IPS donde está recibiendo la atención con apoyo de la EPS, en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objetor de conciencia.
17. Recibir la ayuda o apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y acompañamiento no deben ser esporádicos, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
18. Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya, donde exprese sus preferencias al final de la vida y dé indicaciones concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocar, sustituirlo o modificarlo.
19. Que en caso de inconsciencia o incapacidad para decidir el final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consienta, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del interés del paciente.
20. Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y que a estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona, sin desconocer la buena práctica médica.
21. Expresar sus preferencias sobre el sitio donde desea fallecer y que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.
22. Recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a ser respetado en sus creencias, cualquiera que estas sean, al igual que negarse a recibir asistencia espiritual y a ser respetado en su decisión.
23. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal, garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece.

24. Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores, preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permite rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
25. Informar al médico tratante y al personal de la salud en general, sobre la existencia de un documento u otra prueba existente de voluntad anticipada.
26. Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de valorar la condición de enfermedad incurable, avanzada o terminal para ofrecer la atención de forma proporcional y racional frente a los recursos del sistema.



Deberes del paciente en lo concerniente a morir dignamente

1. Informar al médico tratante y al personal de la salud en general, sobre la existencia de un documento u otra prueba existente de voluntad anticipada.
2. Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de valorar la condición de enfermedad incurable, avanzada o terminal para ofrecer la atención de forma proporcional y racional frente a los recursos del sistema.



Normatividad

Resolución 971 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 del Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”.

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia como forma de ejercer el derecho a morir con dignidad e impartir directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

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

2.1. El talento humano en salud y personal médico.

2.2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.

2.3. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB.

2.4. Los ciudadanos colombianos, y a las personas extranjeras domiciliadas en el país.

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 un (1) año.

Artículo 3. Definiciones. Para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, se deben tener presentes

las siguientes definiciones:

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 un (1) año.

Artículo 3. Definiciones. Para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

3.1. Agonía. Situación que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognoscitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o de días.

3.2. Adecuación de los esfuerzos terapéuticos (AET). Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, 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.

3.3. 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 se da en el momento de realización del procedimiento

eutanásico, y se da como resultado de un proceso de comunicación, donde el médico y el equipo interdisciplinario han dado información clara objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse, a la persona que expresa la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma.

3.4. Cuidado paliativo. Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde 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. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

3.5. Derecho fundamental a morir con dignidad. 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. Este derecho no se limita a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

3.6. Enfermedad incurable avanzada. Aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.

3.7. Enfermedad terminal. Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, 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.

3.8. Eutanasia. Procedimiento médico en el

cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

3.9. Solicitud de eutanasia. Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de muerte al encontrarse frente a sufrimiento provocado por una condición clínica de fin de vida. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. El documento de voluntad anticipada se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia.

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. Desistimiento de la solicitud para morir con dignidad. 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 adecuación de los esfuerzos terapéuticos.

Capítulo II

De la atención y trámite de la solicitud de eutanasia

Artículo 6. Sobre la solicitud de eutanasia. La solicitud de eutanasia debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. Puede ser expresada de manera directa por el paciente por medio de una declaración verbal o escrita, y de manera indirecta a través de un Documento de Voluntad Anticipada - DVA, en los términos de la normativa vigente al momento de su suscripción.

Artículo 7. Requisitos mínimos para expresar la solicitud. Son requisitos mínimos para expresar una solicitud: (i) la presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía, (ii) presentar sufrimiento secundario a esta, (iii) estar en condiciones de expresar la solicitud de manera directa.

La solicitud expresada de manera indirecta a través de un DVA tiene como requisito mínimo estar debidamente formalizado en los términos de la normativa vigente al momento de su suscripción.

Parágrafo. En caso de que el médico tenga dudas sobre cualquiera de los requisitos mínimos antes referidos debe activar el Comité para que adelante las verificaciones pertinentes.

Artículo 8. Recepción de la solicitud. El médico que reciba la solicitud es el primer responsable del reporte de información de que trata el artículo 18 de esta resolución, por lo que, frente a la recepción de la solicitud, el médico deberá:

8.1. Revisar que sea voluntaria, informada e inequívoca.

8.2. Revisar las condiciones mínimas previstas en el artículo 7 de esta resolución e informar al paciente sobre el proceso a seguir como se establece el artículo 9 del presente acto administrativo.

8.3. Registrar la solicitud en la historia clínica desde el mismo momento en que es expresada por el paciente.

8.4. Reportar la solicitud dentro de las primeras veinticuatro (24) horas y activar el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a través de eutanasia, en caso de que se cumplan las

condiciones antes señaladas.

También la recepción de una solicitud por medio de un DVA se debe reportar dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, activar el Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, a través de eutanasia, y brindar la información conforme a lo dispuesto en el artículo 10 del presente acto administrativo.

Parágrafo. 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 las condiciones establecidas por la sentencia C 239 de 1997.

Artículo 9. Información al paciente que solicita eutanasia. Una vez el médico ha identificado los requisitos mínimos de los que trata el artículo 7 de esta resolución, deberá:

9.1. Informar al paciente que expresa la solicitud sobre:

9.1.1. Derecho a la adecuación de los esfuerzos terapéuticos

9.1.2. Derecho a recibir atención por cuidados paliativos.

9.1.3. Derecho a desistir de la solicitud en cualquier momento.

9.1.4. Proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia y que le corresponde a este verificar el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a la eutanasia que se

describen en el artículo 14 del presente acto administrativo.

9.2. 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:

9.2.1. Capacidad y competencia mental.

9.2.2. Evaluación del sufrimiento.

9.2.3. Presencia de enfermedad terminal.

9.2.4. Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.

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 10. Información sobre a 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 sobre:

10.1. El derecho a recibir atención por cuidados paliativos.

10.2. A la adecuación de los esfuerzos terapéuticos

10.3. El proceso de activación del Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la eutanasia

10.4. El proceso clínico de las evaluaciones y

valoraciones que determinarán:

10.4.1. La validez jurídica del documento para la solicitud de eutanasia.

10.4.2. Evaluación del sufrimiento.

10.4.3. Presencia de enfermedad terminal.

10.4.4. Inexistencia de alternativas razonables de tratamiento.

x Recepción de cuidados paliativos.

Artículo 11. Incumplimiento de condiciones mínimas para el procesamiento de la solicitud. El comité no se activará en los siguientes casos: (i) ante la imposibilidad de expresar la solicitud de manera libre e informada en ausencia de un DVA. (ii) cuando la solicitud sea por medio de un tercero en ausencia de un DVA, (iii) la ausencia de información concreta sobre el ejercicio de derechos al final de la vida o (iv) el desistimiento de la solicitud tras ser informado de acuerdo con lo establecido por el artículo 8 del presente acto administrativo.

Artículo 12. Petición de segunda opinión por parte del paciente. El paciente que no esté de acuerdo con la razón de no activación del Comité puede requerir una segunda opinión expresando la solicitud a otro médico. En caso de recibir un nuevo concepto de no activación podrá dirigir su solicitud de manera directa al Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de eutanasia.

Artículo 13. Valoraciones, evaluaciones y verificación de condiciones. Las valoraciones, evaluaciones y la verificación de condiciones deben darse dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la expresión de la solicitud.

Las evaluaciones y valoraciones para dar trámite a la solicitud incluyen la determinación de la capacidad y competencia mental, la evaluación del sufrimiento, la presencia de enfermedad terminal y la inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad o alivio de síntomas.

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 para ser usada en el proceso de verificación.

Parágrafo 1. No se realizará evaluación de la capacidad mental ante una solicitud por medio de un DVA, 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 2. En caso de registro en el DVA de rechazo o desistimiento específico, claro, expreso e inequívoco sobre la recepción de cuidados paliativos, esta valoración no tendrá que ser incluida.

Artículo 14. Trámite de revisión de la solicitud. Realizadas las evaluaciones y valoraciones el Comité deberá verificar la existencia de las condiciones para adelantar el procedimiento eutanásico a saber, (i) presencia de enfermedad terminal, (ii) sufrimiento secundario a la enfermedad terminal, (iii) capacidad y competencia mental, (iv) inexistencia de alternativas razonables de tratamiento específico para la enfermedad que provoca la condición de enfermedad terminal o del alivio de síntomas, (v) recepción de cuidados paliativos. Si estas se cumplen informará a la persona la decisión y, se preguntará al paciente, si reitera su decisión.

En el evento de que el paciente reitera su decisión, el Comité autorizará el procedimiento y éste será programado en la fecha que la persona indique, el paciente tiene un máximo de quince (15) días calendario después de reiterada su decisión para programar el procedimiento eutanásico.

Para la realización del procedimiento eutanásico, se requiere el consentimiento informado del paciente, el cual se solicita en cumplimiento al criterio de prevalencia de la autonomía del paciente. Quienes han tramitado la solicitud por medio de un DVA, tal documento se entiende como la reiteración de la solicitud.

El procedimiento eutanásico tiene carácter gratuito y, en consecuencia, no podrá ser facturado.

Parágrafo 1. Un DVA que no esté adecuadamente formalizado o cuyo contenido le hace carecer de validez jurídica, de acuerdo con la normatividad vigente para tal fin, no debe ser tramitado.

Parágrafo 2. En un DVA la competencia para expresar la solicitud y dar el consentimiento se verificará en la indicación donde se manifieste que, al momento de suscribirlo, el paciente se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales y libres de toda coacción, informado de las implicaciones de la declaración.

Artículo 15. Petición de segunda opinión por parte del paciente cuando la respuesta del Comité es el no cumplimiento. El paciente que reciba una respuesta de no cumplimiento al trámite de su solicitud podrá requerir una segunda opinión de un Comité conformado por integrantes diferentes a los que sesionaron previamente.

Artículo 16. De la eventual objeción de conciencia. La objeción de conciencia debe ser expresada de manera previa al conocimiento de la solicitud y solo puede ser alegada por el médico que tiene el deber de realizar el procedimiento eutanásico.

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

Para leer la resolución completa visite el siguiente link:

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=114617#:~:text=La%20presente%20resoluci%C3%B3n%20tiene%20por,para%20el%20Derecho%20a%20Morir>

Resolución 825 de 2018

“Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes”.

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto regular el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, en cumplimiento de lo ordenado en la Sentencia T-544 de 2017 proferida por la Corte Constitucional y teniendo en cuenta el interés superior del menor.

Este acto administrativo se aplicará a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, públicas y privadas, y a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los regímenes especiales y de excepción.

Artículo 2. Definiciones. Para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, se deben tener presentes las siguientes definiciones:

2.1 Derecho a cuidados paliativos pediátricos. Tienen derecho a cuidado

paliativo pediátrico todos los niños, niñas y adolescentes 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 niño, niña o adolescente 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.

2.2 Toma de decisiones de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito médico. La toma de decisiones 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. Cuando por causa de discapacidad o por evolución de su enfermedad, los niños, niñas o adolescentes no puedan o se les dificulte comunicar su decisión se buscarán todos los apoyos y ajustes razonables que permitan la expresión voluntaria, libre, informada e inequívoca de esta. Mediante dichos apoyos y ajustes no se podrá sugerir o insinuar el procedimiento ni buscar el asentimiento de consideraciones realizadas por terceros.

2.3 Concepto de muerte según edad evolutiva del niño, niña o adolescente.

El entendimiento del concepto de la muerte evoluciona con la edad hasta consolidarse como irreversible e inexorable, así:

2.4 Niño, niña y adolescente con una enfermedad y/o condición en fase terminal.

Se entiende como aquella en la que concurren un pronóstico de vida inferior a 6 meses en presencia de una enfermedad y/o condición amenazante para la vida, limitante para la vida o que acorta el curso de la vida, y la ausencia de una posibilidad razonable de cura, la falla de los tratamientos curativos o la ausencia de resultados con tratamientos específicos, además de la presencia de problemas numerosos o síntomas intensos y múltiples.

2.5 Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención de su salud. Son los niños, niñas y adolescentes que tienen, o se hallan en riesgo elevado de tener, una condición crónica física, emocional, del desarrollo o del comportamiento, requiriendo en consecuencia servicios de salud en calidad y cantidad diversa y mayor a los que los niños, niñas y adolescentes requieren en general.

2.6 Niños, niñas y adolescentes dependientes de tecnología. Son los niños, niñas y adolescentes que requieren tanto de equipamiento médico para el mantenimiento de la vida de forma prolongada para compensar la pérdida de una función vital del cuerpo, como de cuidados permanentes para prevenir la muerte o futuras discapacidades y cuyos cuidados pueden ser dispensados en el hogar por el personal de salud, la familia y/o los cuidadores.

2.7 Patria potestad. De conformidad con lo establecido en el artículo 288 del Código Civil, la patria potestad es el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos no emancipados, para facilitar el cumplimiento de los deberes que su calidad les impone. El ejercicio de la patria potestad corresponde conjuntamente a ambos padres. A falta de uno de los padres, la ejercerá el otro.

Artículo 3. 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:

3.1 Recién nacidos y neonatos.

3.2 Primera infancia.

3.3 Grupo poblacional de los 6 a los 12 años, salvo que se cumplan las condiciones definidas en el párrafo del presente artículo.

3.4 Niños, niñas y adolescentes que presenten estados alterados de conciencia.

3.5 Niños, niñas y adolescentes con discapacidades intelectuales.

3.6 Niños, niñas y adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

Parágrafo. Sin perjuicio de que se cumplan todos los requisitos establecidos en los artículos 8 y 9 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 mayor de 12 años según lo descrito en el numeral 2.3.4 de la presente resolución.

Capítulo II

Del cuidado paliativo pediátrico

Artículo 4. Cuidados paliativos pediátricos. El cuidado paliativo para los niños, niñas y adolescentes 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. Ampara 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 readecuación del esfuerzo terapéutico y los cuidados durante el proceso de muerte y el duelo.

Artículo 5. Sujetos de cuidados paliativos pediátricos. Son sujetos de cuidados paliativos pediátricos:

5.1 Niños, niñas y adolescentes 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 de que el mismo falle.

5.2 Niños, niñas y adolescentes 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.

5.3 Niños, niñas y adolescentes con enfermedades progresivas sin opciones de tratamiento curativo, donde el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede verse extendido durante muchos años.

5.4 Niños, niñas y adolescentes 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 niños, niñas y adolescentes 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 niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención de su salud y los dependientes de tecnología, por el solo hecho de presentar estas condiciones especiales no son 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 6. Desistimiento de la atención en cuidado paliativo pediátrico.

Los niños, niñas y adolescentes podrán desistir de las intervenciones, o parte de la atención integral de su enfermedad y/o condición.

De igual manera, el niño, niña o adolescente podrá solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a tratamientos e intervenciones clínicas que sean fútiles o desproporcionadas en su condición y que puedan resultar en distansia u obstinación terapéutica. En ese mismo orden, podrá también desistir la atención de cuidado paliativo pediátrico.

Para el desistimiento de que trata el presente

artículo es necesario:

6.1 Que el médico tratante considere, sin excepción, la necesidad de readecuación de los esfuerzos terapéuticos, al mismo tiempo que realiza una nueva planeación de objetivos de cuidado y alivio sintomático, dejando claro el registro en la historia clínica.

6.2 Que se cuente con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño o niña o adolescente si el mismo es menor de 14 años de edad. Si el niño, niña o adolescente no cuenta con capacidad para la toma de decisiones en el ámbito médico, quien ejerza la patria potestad o quien tenga el cuidado del niño, niña o adolescente, podrá desistir de los tratamientos y solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negar que se apliquen tratamientos e intervenciones clínicas que sean fútiles o desproporcionadas en su condición y que puedan resultar en distansia u obstinación terapéutica. En ese mismo orden, podrán también desistir de la atención de cuidado paliativo pediátrico.

Capítulo III

Procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes y excepcionalmente de niños

y niñas entre 6 y 12 años.

Artículo 7. Criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia para los casos del niño, niña o adolescente. El derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes deberá garantizarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

7.1. Prevalencia del cuidado paliativo.

7.2. Prevalencia de la autonomía del paciente.

7.3. Celeridad. Las personas que participen en el procedimiento de morir con dignidad a través de la eutanasia lo impulsarán oficiosamente y evitarán dilaciones y barreras en el mismo.

7.4. Oportunidad. Implica que la voluntad del sujeto sea cumplida a tiempo.

7.5. Imparcialidad. Las personas deberán actuar teniendo en cuenta la finalidad del procedimiento de eutanasia tendiente, a garantizar una decisión producto del desarrollo de la autonomía de la voluntad del niño, niña o adolescente sin discriminaciones. En consecuencia, no podrán argüir cualquier clase de motivación subjetiva, sin perjuicio de la objeción de conciencia.

Artículo 8. De la solicitud para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia de adolescentes. Todo adolescente que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado, podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad.

Una vez recibida la solicitud, el médico tratante tendrá la obligación de:

8.1. Informar de dicha solicitud a quien ejerza

la patria potestad del adolescente y poner en su conocimiento y del paciente, el derecho que tiene a recibir cuidados paliativos pediátricos, de acuerdo con la definición establecida en la presente resolución y en el marco de la Ley 1733 de 2014, así como informar del derecho a desistir en cualquier momento de la solicitud.

8.2. Evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado, alivio sintomático y ponerlas en práctica sin perjuicio de la solicitud.

8.3. Valorar directamente al paciente y convocar al equipo interdisciplinario pertinente de la IPS, con el propósito de:

8.3.1. Establecer que la enfermedad o condición del adolescente se encuentra en fase terminal.

8.3.2. Evaluar la concurrencia de las aptitudes del adolescente para la toma de decisiones en el ámbito médico e identificar, proveer apoyo y ajustes razonables al adolescente que los requiera, para comunicar su decisión.

8.3.3. Identificar el concepto de muerte según edad evolutiva. Se debe hacer énfasis en el concepto personal del adolescente frente a la muerte en su situación particular.

8.4. Valorar la manifestación de sufrimiento del adolescente y verificar que haya sido atendido apropiadamente y que, a pesar de ello, persista como constante e insoportable.

8.5. Valorar la condición psicológica, emocional y la competencia para concurrir de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Debe descartarse, en todos los casos, la presencia del síndrome de cuidador cansado, así como la presencia de posibles conflictos de intereses o ganancias secundarias de quien ejerza la patria potestad.

8.6. Registrar en la historia clínica, de forma clara y concisa, la descripción de sufrimiento constante e insoportable que lleva a la solicitud, de acuerdo con la expresión del solicitante e incluyendo la percepción del médico tratante, las interconsultas o valoraciones realizadas.

8.7. Informar al adolescente y a quien ejerza la patria potestad sobre la necesidad de suscribir un documento donde se registre la solicitud elevada por el adolescente, en concurrencia con quien ejerza la patria potestad, si corresponde, que pueda ser presentado al comité de que trata el capítulo IV de la presente resolución, en adelante el comité.

8.8. Valorar si la primera solicitud se mantiene al momento de llevar la petición ante el comité. La reiteración puede darse durante las diferentes valoraciones del paciente en su proceso de atención y debe quedar registrada en la historia clínica por parte del profesional de la salud que la haya recibido.

Una vez recibida la solicitud, el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en el presente artículo.

Parágrafo 1. La solicitud realizada por el adolescente deberá ser expresada directamente de manera libre, informada e inequívoca.

Parágrafo 2. En el evento que el adolescente no supiere-Q pudiere suscribir la solicitud, esta se hará a ruego ante dos testigos imprimiéndose la huella dactilar o plantar del otorgante, acorde con lo previsto en el artículo 826 del Decreto 410 de 1971. Igualmente, previa valoración de la capacidad, se tendrán como válidas las manifestaciones de voluntad de los adolescentes a través de grabaciones magnetofónicas, videograbaciones o mediante el empleo de otros medios tecnológicos en los términos del artículo 243 de la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 3. En caso de presentarse controversia sobre las condiciones de fase terminal o de la competencia y del concepto evolutivo de muerte, se podrá pedir una segunda opinión o el concepto de un grupo con experticia específica en la valoración que requiere la segunda opinión.

Artículo 9. De la solicitud para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia para los casos de niños y niñas en el rango de edad de los 6 a 12 años. Un niño o niña en el rango de edad de los 6 a 12 años que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que presente sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado, podrá solicitar a su médico tratante la aplicación del procedimiento eutanásico como parte de su derecho a morir con dignidad. Una vez realizadas las valoraciones pertinentes, el médico y equipo tratante podrán excepcionalmente elevar la petición ante el comité si se cumple lo previsto en el parágrafo del artículo 3.

En consecuencia, una vez expresada la solicitud, el médico tratante, en forma previa a cualquier otro tipo de evaluación, deberá:

9.1. Evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado y alivio sintomático y ponerlas en práctica sin perjuicio de la solicitud.

9.2. Revisar si la solicitud fue expresada de forma explícita y nunca bajo sugerencia, inducción o coacción, para que pueda ser considerada como voluntaria y libre.

9.3. Una vez considerada la solicitud de carácter voluntario y libre, el médico tratante solicitará una valoración de psiquiatría infantil para realizar una evaluación exhaustiva que permita (I) la identificación de un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional y (II) la constatación de un concepto de muerte propia como irreversible

e inexorable. El cumplimiento de lo anterior garantiza que la manifestación de voluntad sea informada e inequívoca. Tras la elaboración de un concepto confirmando que la solicitud puede considerarse voluntaria, libre, informada e inequívoca, se continuará con el cumplimiento del procedimiento descrito en el artículo 8 de la presente resolución. Con el inicio del proceso contemplado en el artículo 8 de la presente resolución, el médico y el equipo interdisciplinario tratante tendrán quince (15) días calendario para cumplir con lo previsto en dicho artículo.

Artículo 10. Concurrencia para la solicitud del procedimiento eutanásico.

La concurrencia para solicitar la aplicación del procedimiento eutanásico con quien ejerza la patria potestad del niño, niña o adolescente se regirá por el interés superior del menor, de la siguiente forma:

10.1. 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.

10.2. De los 14 a los 17 años no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente.

La concurrencia se podrá expresar válidamente, siempre que haya superado la evaluación relacionada con las condiciones psicológicas, emocionales y de competencia, según el numeral 8.5 del artículo 8 de la presente resolución.

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 11. Consentimiento sustituto del niño, niña o adolescente. Para efectos de la presente resolución, entiéndase como

consentimiento sustituto aquel expresado por quien ejerza la patria potestad de los niños, niñas o adolescentes que, habiendo manifestado su voluntad, de acuerdo con los presupuestos establecidos por el artículo 8 (para mayores de 12 años) y artículos 8 y 9 de la presente resolución (para los casos excepcionales del rango de edad de los 6 a los 12 años), se encuentran en imposibilidad para reiterar.

No podrán sustituir el consentimiento del niño, niña o adolescente quienes tengan representaciones legales diferentes a la patria potestad.

Artículo 12. Presentación de la petición ante el comité. Una vez establecido el cumplimiento de los requisitos señalados en los artículos 8 y 9 de la presente resolución, el médico tratante presentará el caso ante el comité que tiene a cargo el paciente y adjuntará copia de la historia clínica, documento de formalización, según el numeral 8.6 del artículo 8, de este acto administrativo y todos aquellos documentos que considere pertinentes para sustentar la solicitud.

El comité, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la petición, analizará y verificará el cumplimiento de los requisitos e informará al médico tratante sobre el concepto emitido.

Artículo 13. Deber de informar al paciente. Una vez notificado el cumplimiento de los requisitos por parte del comité, el médico tratante informará al niño, niña o adolescente y a quien ejerza su patria potestad, el sentido del concepto emitido en relación con la realización del procedimiento eutanásico.

Artículo 14. Programación del procedimiento eutanásico. Una vez notificado por el comité el concepto favorable del procedimiento eutanásico, éste se realizará en la fecha concertada con el niño, niña o adolescente.

Artículo 15. Desistimiento de la solicitud de eutanasia. Es deber del médico informar del

derecho al desistimiento desde la primera expresión de solicitud. En cualquier momento del trámite, tanto de la solicitud como de la petición, durante la evaluación realizada por el comité y con posterioridad a esta, hasta el momento de la práctica del procedimiento eutanásico, el niño, niña o adolescente podrá desistir de continuar con el trámite y optar por otras alternativas, para lo cual siempre se ofertará y garantizará la atención por cuidados paliativos.

El desistimiento es exclusivo del niño, niña o adolescente.

Artículo 16. Gratuidad. Sin perjuicio del cobro de las atenciones derivadas o vinculadas a la evaluación de la solicitud, del cuidado o atención debida y de la conformación del comité o el procedimiento eutanásico propiamente dicho, tiene carácter gratuito, no será objeto de cobro de copagos o cuotas moderadoras.

Para consultar la resolución completa visite el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0825-de-2018.pdf>

Circular Externa 2021170000006-5 de 2021, Superintendencia Nacional de Salud.

Savia Salud EPS cuenta con:

- Red de prestadores que tienen habilitados los servicios necesarios para dar cobertura a los usuarios donde estos lo requieran.
- Ruta de atención socializada con su red, que permita garantizar efectivamente el derecho a morir con dignidad a los afiliados.
- Acciones de auditoría periódica a los prestadores de servicios de salud, velando por la garantía del procedimiento e implementación del proceso institucional, en cumplimiento a la normativa vigente.

