Corte Constitucional, Sentencia: Julio 22 de 2021 (C-233), Referencia: Exp. D-14043

"La Sala constata que tres de los cargos de la demanda se refieren a las distintas dimensiones de la dignidad humana. Así, además de un cargo específico por transgresión a la dignidad, los accionantes elevan cuestionamientos por desconocimiento del libre desarrollo de la personalidad (Art. 16, Constitución Política), la prohibición de ser someter a una persona a tratos inhumanos, crueles y degradantes (Art. 12, ibidem), que aluden a distintas dimensiones de la dignidad. En consecuencia, serán abordados de manera conjunta. El último cargo, según se explicó, relacionado con la solidaridad social, carece de aptitud, razón por la cual no será abordado.

En consecuencia, como se indicó al finalizar el análisis de aptitud de los cargos, la Sala considera que la demanda en realidad plantea un solo problema jurídico, de carácter complejo, asociado a dos de las tres dimensiones de la dignidad humana; en ese sentido, debe establecerse si el artículo 106 del Código Penal que prevé el delito de homicidio por piedad, desconoce la dignidad humana, en sus dimensiones de vivir como se quiera o respeto por la autonomía del ser humano y vivir bien, o garantía a la integridad física y moral del ser humano.

La Sala presentará las principales consideraciones normativas para la solución del problema jurídico. En ese sentido, reiterará su jurisprudencia sobre la dignidad humana y reconstruirá la línea jurisprudencial sobre la causal de justificación del homicidio por piedad y el derecho fundamental a morir dignamente. En ese marco, pasará al análisis del problema mencionado en el párrafo anterior.

I. La dignidad humana y sus dimensiones en el derecho constitucional

La Corte Constitucional ha expresado que la dignidad humana es el fundamento y la finalidad de todos los derechos fundamentales y los derechos humanos; uno de los pilares del orden constitucional y un mandato que se proyecta sobre toda la organización y diseño institucional del Estado. Como consecuencia de estos atributos, la dignidad humana es un valor, un principio y un derecho subjetivo en nuestro Estado social y constitucional de derecho1.

La dignidad humana permite también comprender algunos de los atributos de los derechos fundamentales. Así, de esta se desprenden su universalidad (los derechos son para todas y todos), interdependencia (las relaciones intrínsecas entre los distintos derechos) e indivisibilidad (la imposibilidad de privilegiar unos derechos sobre otros, pues ello implicaría dividir la dignidad del ser humano).

En los primeros pronunciamientos de la Corte Constitucional, las alusiones a la dignidad humana se remontaban a la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de la Revolución Francesa de 1789; y, poco después se cifraban en alusiones a dos mandatos de la moral crítica kantiana: la autonomía del ser humano, como agente capaz de un razonamiento que orienta su voluntad de acuerdo con una ley moral universal, producto de su reflexión moral, y la prohibición de hacer del ser humano un mero instrumento para otros fines, pues su dignidad lo convierte en un fin en sí mismo.

Bajo esa perspectiva, el contenido mínimo de la dignidad humana se cifra en dos grades aristas 2. Primero, la dignidad en tanto valor intrínseco hace referencia al elemento

---

1 Desde la Sentencia T-881 de 2002 (M.P. Eduardo Montealegre Lynett), la Corte Constitucional se ha referido de manera constante y uniforme a la triple dimensión de la dignidad humana y a su contenido.

2 Barroso, L. (2014). La dignidad de la persona humana en el derecho constitucional contemporáneo: la construcción de un concepto jurídico a la luz de la jurisprudencia mundial. Traducción de Simone Nevares. Universidad Externado de Colombia: Bogotá.

ontológico de la dignidad humana vinculada a la naturaleza del ser. De allí se predica el conjunto de características que le son inherentes y comunes a todos los seres humanos y que les otorgan un estatus especial en el mundo. Por definición, su caracterización se contrapone a una visión instrumental de la persona por cuanto es advertida como un valor en sí misma.

Segundo, la autonomía, concebida como elemento ético de la dignidad humana, fundamenta el libre arbitrio de los individuos que nos permite buscar aquello que podemos entender cómo vivir bien; aspirar a una vida buena. La autodeterminación es la pieza fundamental de esta dimensión. Una persona es autónoma cuando puede definir las reglas que han de regir su forma de vivir y obrar conforme a ellas.

La primera arista de la dignidad se concreta en la faceta de libertad que no puede ser suprimida por interferencias sociales o externas en la medida en que abarca decisiones personales básicas y se corresponde con la capacidad de tomar decisiones y hacer elecciones de acuerdo con la comprensión íntima de lo que es bueno o deseable.

A partir de la Sentencia C-881 de 2002, sin abandonar las referencias centrales a la autonomía y la no instrumentalización del ser humano, la Corte Constitucional planteó que la autonomía tiene una triple función en nuestro ordenamiento constitucional y un triple contenido. Es valor, principio y derecho, e incorpora las dimensiones de actuar con base en un plan de vida definido de manera autónoma (vivir como se quiera), acceder a condiciones materiales mínimas de subsistencia (vivir bien) y ser protegido en su integridad física y moral (vivir sin humillaciones) se remontan en principio a la misma fuente3.

Cada una de las dimensiones de la dignidad humana ha generado importantes pronunciamientos constitucionales. En especial, la que se refiere a la autonomía ha sido fundamento de decisiones como la despenalización del homicidio por piedad, cuando se cumplen las condiciones de consentimiento, intervención médica y enfermedad terminal así como en la despenalización del porte o consumo de la dosis mínima de estupefacientes; la prohibición de instrumentalización dio lugar a la inexequibilidad de normas que pretendían congelar los bienes de familiares de víctimas de secuestro, considerando que los empleaba como instrumento en pro de la seguridad pública; la que se asocia a la integridad personal llevó a la protección de un niño, a quien su profesora le ponía un esparadrapo en la boca, y a la protección de la población privada de la libertad en cárceles en un amplio conjunto de decisiones; y la que propende por las condiciones mínimas de vida ha sido fundamento del derecho a la entrega de pañales para las personas de la tercera edad o de toallas sanitarias para mujeres en condición de calle.

Esta comprensión amplia de la dignidad humana desempeñó a su vez un papel esencial en la reivindicación de un concepto amplio de los derechos fundamentales, plasmado especialmente en las sentencias T-227 de 20034, T-760 de 20085 y C-288 de 20126. Una concepción que comprende a los derechos como entidades complejas que involucran obligaciones de hacer y no hacer (o positivas y negativas), que se manifiesta además en obligaciones de protección, respeto y garantía, y que rechaza la división tajante de los derechos en categorías separadas. Los derechos, todos, en tanto condiciones para la

---

3 Sentencia T-881 de 2002. M.P. Eduardo Montealegre Lynett. "(i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)".

4 M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

5 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

6 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. AV. Nilson Pinilla Pinilla. SV. Humberto Antonio Sierra Porto.

satisfacción de la dignidad humana son indivisibles, e interdependientes, como lo recuerda el derecho internacional de los derechos humanos.

El camino recorrido por la dignidad humana en la jurisprudencia constitucional es relevante para este nuevo acercamiento al derecho fundamental a morir dignamente y a las condiciones de justificación del homicidio por piedad, pues la primera vez que la Corte Constitucional se pronunció sobre la materia aún no había desarrollado el concepto "tridimensional" de la dignidad humana. Solo hasta la decisión T-970 de 20147, como se explicará más adelante, la Corte Constitucional se refirió a la importancia de ese desarrollo para la comprensión del problema jurídico asociado al derecho fundamental a morir dignamente8.

II. La penalización del homicidio por piedad y el derecho fundamental a la muerte digna.

El título de este acápite expresa la doble dimensión que caracteriza al problema jurídico planteado en la demanda. Por una parte, la penalización del homicidio por piedad y, por otra, el ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. La relación entre ambos problemas fue constatada por la Corte Constitucional desde la Sentencia C-239 de 19979, en la cual, además de establecer las condiciones en que la conducta homicidio por piedad se encuentra justificada, ordenó también al Congreso de la República dictar una regulación integral sobre el contenido del derecho a morir dignamente. Esta dualidad tiene implicaciones jurídicas, éticas y prácticas relevantes para la solución del caso concreto.

En ese sentido, el ejercicio del ius puniendi se considera uno de los ámbitos extremos del poder estatal para la regulación de la vida social, razón por la cual suele denominarse el último recurso (o la última ratio). Ese carácter marginal que debería tener el derecho penal se debe a su capacidad para interferir intensamente en el derecho fundamental a la libertad personal y para afectar otros, debido a las condiciones de cumplimento de la pena para la persona, razón por la cual aquella característica adscrita al ius puniendi estatal encuentre su fundamento y límite en la dignidad de la persona humana. En ese contexto, su utilización sólo es válida para proteger bienes jurídicos de especial relevancia y solo puede adelantarse dentro de ciertas condiciones desarrolladas por el Derecho, como garantías de libertad, entre las que se cuentan el principio de legalidad, la presunción de inocencia, la carga de la prueba en cabeza del Estado o la defensa material y técnica.

Los derechos fundamentales, por otra parte, constituyen pretensiones justificadas de los ciudadanos frente al poder, que lo limitan y lo vinculan, y que deben realizarse en la mayor medida posible, por los cauces de los que disponen los órganos del poder para alcanzar fines establecidos desde la Constitución Política y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Así las cosas, en contraste con el carácter esencialmente limitado del derecho penal, los derechos humanos exigen esfuerzos amplios de concreción, tanto positivos como negativos, en cabeza de las autoridades públicas y los particulares. La ampliación constante de su marco de protección justifica también el ejercicio judicial amplio y creativo destinado a la comprensión y goce efectivo de todas sus esferas: para su goce efectivo. Los derechos fundamentales, además de tener esa fuerza expansiva, solo pueden ser limitados de manera razonable (para alcanzar fines constitucionales); y proporcionada (de modo que cada restricción satisfaga con mayor intensidad otro principio constitucional).

---

7 Sentencia T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

8 Kant, I. Duties towards the body in regard to life en Lectures on Ethics. Trad. Louis Infield New York: Harper and Row. 1986.

9 M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz.

La línea jurisprudencial que se expone a continuación mira hacia las dos caras del problema constitucional.

A. Sentencia C-239 de 199710.

La eutanasia no es eugenesia.

El homicidio por piedad está justificado si el paciente da su consentimiento, el procedimiento es realizado por un médico y la enfermedad está en fase terminal

En 1997, un ciudadano presentó acción pública de inconstitucionalidad contra el artículo 326 del Código Penal contenido en el Decreto Ley 100 de 1980, que establecía el tipo penal de homicidio por piedad, descrito como la conducta de privar a una persona de su vida para poner fin a intensos sufrimientos derivados de una lesión o una enfermedad grave e incurable, y cuya realización implicaría la imposición de una pena de entre 6 y 36 meses de prisión.

El accionante pensaba que la levedad de la sanción, en contraste con las penas previstas para otras conductas dirigidas contra la vida, implicaba no solo una grave desprotección a la vida, sino una auténtica licencia para matar. En su criterio, esta norma pretendía eliminar a las personas en graves condiciones de salud de la sociedad y, por lo tanto, estaba inspirada o reproducía las peores prácticas del régimen nacionalsocialista (o nazi).

La Corte Constitucional, en la Sentencia C-239 de 199711, consideró que los argumentos del demandante eran erróneos, y partían de una interpretación inadmisible de la norma cuestionada. Así, explicó que el homicidio por piedad no es un mecanismo de limpieza racial o limpieza social diseñado para deshacerse de personas con discapacidad o en grave estado de salud, lo que resultaría incompatible con el Estado Social y Constitucional de Derecho. El accionante, al parecer, tendría en mente prácticas eugenésicas, que fueron utilizadas históricamente a partir de motivaciones discriminatorias. Y no habría tomado en cuenta la diferencia esencial que existe entre ambas conductas: mientras un homicidio eugenésico estaría motivado por la falta de consideración a la dignidad y la igualdad, la eutanasia es un acto solidario y altruista12.

La Corte explicó también que la norma no podía interpretarse válidamente como una licencia o permiso para matar, pues precisamente la existencia del tipo penal demuestra que el Congreso de la República la considera antijurídica y lesiva de un bien jurídico relevante. Cosa distinta, dijo la Corporación, es que el Legislador también haya tomado en cuenta, al definir el tipo penal, la motivación altruista, un elemento psicológico del autor (o sujeto

---

10 M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz.

11 Ibidem.

12 El homicidio por piedad, según los elementos que el tipo describe, es la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de otro. Doctrinariamente se le ha denominado homicidio pietístico o eutanásico. Por tanto, quien mata con un interés distinto, como el económico, no puede ser sancionado conforme a este tipo. El actor confunde los conceptos de homicidio eutanásico y homicidio eugenésico; en el primero la motivación consiste en ayudar a otro a morir dignamente, en tanto que en el segundo se persigue como fin, con fundamento en hipótesis seudocientíficas, la preservación y el mejoramiento de la raza o de la especie humana. Es, además, el homicidio pietístico, un tipo que precisa de unas condiciones objetivas en el sujeto pasivo, consistentes en que se encuentre padeciendo intensos sufrimientos, provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable, es decir, no se trata de eliminar a los improductivos, sino de hacer que cese el dolor del que padece sin ninguna esperanza de que termine su sufrimiento.

Es preciso aclarar, que diferentes conductas pueden adecuarse al tipo penal, lo que necesariamente lleva a la Corte, a la luz de la Constitución, a realizar un análisis distinto frente a cada una de ellas. En efecto, el comportamiento no es el mismo cuando el sujeto pasivo no ha manifestado su voluntad, o se opone a la materialización del hecho porque, a pesar de las condiciones físicas en que se encuentra, desea seguir viviendo hasta el final; al de aquel que realiza la conducta cuando la persona consiente el hecho y solicita que le ayuden a morir.

activo) de la conducta, para prever una pena más leve. La proporcionalidad, dijo, no habla solamente de una relación entre la gravedad de la conducta y la intensidad del castigo, sino que puede reflejar un juicio más leve sobre la culpabilidad de quien se mueve con una motivación solidaria, todo ello en el marco de un derecho penal del acto, en el cual no es admisible que se castigue a una persona por hechos internos, su carácter, pensamientos o sentimientos, sino por las conductas que efectivamente realiza.

Desde el comienzo de la exposición, la Corporación resaltó que esta conducta puede darse en supuestos muy distintos y, en especial, planteó la importancia de diferenciar los eventos en los que opera a partir de la solicitud del paciente a su médico tratante, de los que no ocurren en ese contexto13. Por ese motivo, abordó también el problema jurídico de si resultase justificado penalizar la conducta en tales circunstancias.

La Corte Constitucional recordó entonces la centralidad del valor de la vida en nuestro ordenamiento jurídico, y su carácter inviolable, en los términos del artículo 11 de la Constitución Política. Sin embargo, expresó que este puede interpretarse de distintas maneras, como un valor de especial importancia o como un valor sagrado; y estimó que en un estado pluralista la segunda alternativa es inadmisible, pues se basa en consideraciones metafísicas o en la adhesión a creencias religiosas que no pueden ser impuestas por el Derecho.

En ese sentido, la norma cuestionada no podría entenderse en el sentido de obligar a una persona a vivir, soportando todo tipo de dolor y sufrimiento, en condiciones que considera incompatibles con su dignidad, como si la vida nunca pudiera ser afectada ni siquiera por su titular. De ser así, se desconocería la autonomía de cada persona para adoptar las decisiones trascendentales sobre su destino, su libertad o su libre desarrollo de la personalidad, y se le impondrían en cambio formas de ver el mundo basadas en los ideales metafísicos o religiosos mencionados.

Acto seguido propuso que el derecho a la vida en condiciones acordes con la dignidad humana debe ser compatible con el derecho a la muerte en condiciones dignas. Y puntualizó que no es válido exigir, en un Estado Social de Derecho, el sacrificio de algunas personas, no por su voluntad, sino impuesto de manera externa a partir de virtudes que la mayoría considera acordes con un único modo de vida buena14.

Las condiciones para la justificación del homicidio por piedad

De acuerdo con lo expresado, la Corte Constitucional consideró, en una ponderación entre la vida en condiciones de dignidad y la autonomía de la persona, que esta conducta no podría ser penalizada cuando se realiza con el consentimiento de la víctima y bajo ciertas condiciones. Explicó entonces que el consentimiento solo puede ser establecido cuando,

---

13 Sentencia C-239 de 1997. M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz. De esta manera, la Corte Constitucional planteó la necesidad de resolver dos problemas jurídicos: En estas condiciones, los interrogantes que debe absolver la Corte, en su orden, son los siguientes: 1) ¿Desconoce o no la Carta, la sanción que contempla el artículo 326 del Código Penal para el tipo de homicidio piadoso? y, 2) ¿Cuál es la relevancia jurídica del consentimiento del sujeto pasivo del hecho?.

14 La vida es un bien inalienable; sin embargo, 2. Su protección en el ámbito jurídico occidental es vista desde dos perspectivas, la que la asume como algo sagrado y la que lo considera un bien muy relevante, pero no sagrado, porque las creencias religiosas o las convicciones metafísicas que darían fundamento a esa posición son apenas una o algunas entre diversas opciones. Quien asume la primera convicción estima que la muerte solo puede llegar por medios naturales, pero quien defiende la segunda admite que en circunstancias extremas el individuo puede decidir si continúa o no viviendo. “cuando las circunstancias que rodean su vida no la hacen deseable ni digna de ser vivida, v. gr., cuando los intensos sufrimientos físicos que la persona padece no tienen posibilidades reales de alivio, y sus condiciones de existencia son tan precarias, que lo pueden llevar a ver en la muerte una opción preferible a la sobrevivencia”.

además de la conciencia necesaria para que la persona lo exprese, esta cuenta con información pertinente acerca del procedimiento o la ausencia de procedimiento en que se concretará la manifestación de su voluntad. Por lo tanto, la conducta solo estará justificada si el procedimiento es realizado por su médico tratante.

En este punto de la argumentación, la Corte Constitucional mencionó la fase terminal de la enfermedad. Por su relevancia para el asunto objeto de estudio, se transcriben las consideraciones centrales al respecto:

"3. Enfermos terminales, homicidio por piedad y consentimiento del sujeto pasivo.

El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto, en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto. En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art.12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto."

A partir de estas consideraciones, la Corte Constitucional declaró la exequibilidad condicionada de la norma, en el sentido de que no puede ser penalizada la conducta de homicidio por piedad cuando es cometida por un médico profesional, con el consentimiento de la persona a quien se realizará el procedimiento, siempre que su enfermedad se encuentre en fase terminal. También consideró que se trata de un procedimiento cuya práctica exige determinadas condiciones para el acceso a un servicio de salud, de manera que exhortó al Congreso de la República a regular el derecho morir dignamente15.

El derecho fundamental a morir dignamente en la Sentencia C-239 de 1997 (primera aproximación)

---

15 Esta fue una decisión que suscitó una profunda discusión en el seno de la Corporación, y en la que se presentaron diversos votos disidentes y concurrentes. Así, en diversos salvamentos de voto se planteó que la concepción de la vida adoptada por la mayoría desconocía la jurisprudencia vigente, pues esta es irrenunciable, de donde el consentimiento no debería tener consecuencia alguna; aun si se aceptara la posibilidad de considerar a la vida renunciable, el consentimiento dado en las condiciones extremas descrita por el tipo penal estaría viciado y recaería sobre un objeto ilícito; la decisión mayoritaria culminó por hacer absoluto el libre desarrollo de la personalidad. La Corte Constitucional podría haber despenalizado la distanasia (o la extensión indefinida de los esfuerzos terapéuticos); algunos magistrados consideraron que la imprecisión de los conceptos utilizados en la sentencia, o en torno a sus condiciones de aplicación resultaba constitucionalmente problemática. En ese sentido, las calificaron de caprichosas: preguntaron por qué el procedimiento podría realizarlo un médico y no un amigo; e indicaron que un concepto como enfermedad terminal es excesivamente indeterminado. Además, dos magistrados, en aclaración de voto, plantearon que la eutanasia no debía ser penalizada, sin importar si se encontraba en estado terminal o no; y añadieron que la Sala debió analizar el tipo penal de ayuda al suicidio, con el fin de establecer las condiciones de justificación análogas a las del homicidio por piedad.

En la Sentencia C-239 de 199716, después de establecer las condiciones que permiten justificar el homicidio por piedad, la Corte Constitucional señaló que del derecho a vivir en condiciones dignas se desprende a su vez el derecho a morir en condiciones dignas:

"(…) [E]l derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art. 12), sino a una anulación de su dignidad y de autonomía como sujeto moral. Esta garantía se compone de dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual. En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida"17.

La Corporación estableció también cinco puntos esenciales para su futura regulación por parte del Legislador, aunque aclaró que no es el Tribunal Constitucional el encargado de definir su contenido de manera exhaustiva, ni de precisar las condiciones de acceso a las prestaciones para hacerlo. Estos principios son:

"(i) La verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir; (ii) la indicación clara de las personas que deben intervenir en el proceso; (iii) las circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento el paciente; (iv) las medidas que deben ser usadas por el médico para obtener el resultado filantrópico; y (v) la incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, para que la regulación penal sea solo la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones."

Desde entonces, la Sala Plena señaló que una regulación integral de los elementos estructurales del derecho corresponde al Congreso de la República y debería producirse a través de una ley estatutaria.

Hasta el año 2014, la Corte Constitucional no volvió a pronunciarse sobre el derecho fundamental a morir dignamente y tampoco el Congreso de la República adoptó la regulación del derecho. Entre 2014 y 2020, sin embargo, las distintas salas de revisión de la Corte se han pronunciado en diversas ocasiones sobre el derecho a morir dignamente a partir de la situación de personas que han solicitado los servicios correspondientes, en circunstancias y contextos muy diversos. A continuación, se presentan estas sentencias con un breve recuerdo de las experiencias relatadas de los, las peticionarias o sus familiares, según el caso.

B. Sentencia T-970 de 201418.

Julia, afectada por un cáncer de colon que hizo metástasis en pelvis, pulmones y abdomen, enfrentó barreras insuperables para acceder a la muerte en condiciones de dignidad, derivadas de la ausencia de regulación, las dificultades para el ejercicio del consentimiento y la discusión sobre el sentido del dolor.

En la Sentencia T-970 de 201419, la Corte Constitucional conoció la acción de tutela presentada por Julia, quien enfrentaba una enfermedad que afectaba intensamente sus funciones vitales, diagnosticada por los especialistas como cáncer de colon.

---

16 M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz.

17 Sentencia T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

18 Ibidem.

19 Ibidem.

Julia recibió este diagnóstico en 2008; y en el término de cuatro años, el cáncer había hecho metástasis en su cadera, abdomen y pulmones. Por esa razón, se le practicó un procedimiento quirúrgico de extracción parcial del colon, y un tratamiento de quimioterapia. En 2012, al constatar la progresión de la enfermedad, su médico tratante le prescribió nuevos ciclos de quimioterapia, pero Julia decidió renunciar a un futuro marcado por efectos secundarios de astenia (debilidad o fatiga general), adinamia (ausencia de fuerza física), dolores intensos de cabeza, náuseas y vómito. Desde entonces, el especialista tratante le ordenó un procedimiento de soporte a través de cuidados paliativos.

Julia solicitó a su eps y médico tratante la práctica de un procedimiento para morir dignamente. El especialista en medicina interna le indicó que no podía realizarlo, pues se trataría de un homicidio, mientras que la eps negó la prestación del servicio, argumentando que, si bien la Corte Constitucional despenalizó el homicidio por piedad en determinadas circunstancias, no existía una regulación adecuada y suficiente para llevar a cabo las acciones correspondientes. Además, expresó dudas acerca del dolor y sufrimiento de Julia, de la existencia el consentimiento inequívoco de la paciente, y de las razones por las cuales la paciente consideraba que su condición de salud era incompatible con la posibilidad de llevar una vida digna.

El juez constitucional de primera instancia negó el amparo y, si bien la Corte Constitucional seleccionó el caso para revisión, Julia falleció durante el trámite correspondiente. Al dictar sentencia, la Sala Novena de Revisión comenzó por señalar que se había producido un daño consumado en el caso objeto de estudio, derivado de los sufrimientos físicos y psicológicos derivados de la espera para acceder al tratamiento solicitado con el fin de transitar dignamente de la vida a la muerte20.

Para la Sala Novena se hallaba demostrado que Julia padecía una enfermedad terminal que le causaba intensos dolores y solicitó en varias ocasiones la práctica de un procedimiento para la muerte digna que le pusiera fin a su sufrimiento. El médico y la eps negaron el servicio considerando que (i) no existía manera de verificar el dolor intenso de la paciente, un aspecto que debía determinar su médico; y (ii) no existía una ley estatutaria que definiera los criterios y procedimientos para la muerte digna.

En los fundamentos centrales de la providencia, la Sala Novena recordó las condiciones de consentimiento, intervención médica y enfermedad terminal que operan como causal de justificación de la conducta; presentó algunas precisiones sobre las clases de eutanasia conocidas por la doctrina y otros procedimientos relacionados; explicó el alcance del derecho fundamental a morir dignamente y su relación con otros derechos constitucionales; y se refirió al derecho comparado, en especial, a la regulación de Bélgica, Holanda y algunos estados de los Estados Unidos de América. En ese marco, dictó un conjunto de medidas destinadas a superar las barreras de acceso detectadas, concentrándose en aquellas necesarias para la expresión del consentimiento del paciente.

En el acápite destinado a las precisiones terminológicas, se refirió a la distinción entre eutanasia activa y pasiva; directa e indirecta; voluntaria, no-voluntaria e involuntaria, las cuales atañen respectivamente a la forma en que se llega a la muerte, a la intención del sujeto

---

20 Sentencia T-970 de 2014 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo): “2.9 Ahora bien, a juicio de la Sala es evidente que el hecho que prolongó el sufrimiento que la accionante consideraba incompatible con su idea de dignidad, no fue la enfermedad en sí misma, sino la respuesta negativa a su solicitud de eutanasia. Aunque la actora manifestó ante su médico tratante y ante el juez de tutela su deseo de morir por medio de la eutanasia, ambos estimaron que tal voluntad no tenía respaldo legal y, con fundamento en esta observación, se negaron a actuar en consecuencia. Como ya se indicó, la voluntad de la actora en la práctica de dicho procedimiento tenía respaldo en su deseo de no prolongar los insoportables dolores que la aquejaban”.

activo y a la voluntad del enfermo; así como a los conceptos de distanasia (extensión de la vida por todos los medios posibles) y ortotanasia (cuidados paliativos)21.

En torno al derecho fundamental a morir dignamente, la Sala Novena recordó que el concepto de derechos fundamentales acuñado por la Corte Constitucional se articula en torno a tres elementos. Su relación con la dignidad humana22, la posibilidad de que las pretensiones asociadas a los derechos sean traducidas en posiciones subjetivas (es decir, que se pueda elucidar su titular, su obligado y su contenido concreto), y la posibilidad de identificarlos a partir de la creación progresiva de consensos en la jurisprudencia constitucional, la ley, la dogmática o el derecho internacional de los derechos humanos23.

"[…N]o cabe duda que el derecho a morir dignamente tiene la categoría de fundamental […E]sta Corporación ha señalado que un derecho fundamental busca garantizar la dignidad del ser humano […]. En el caso de la muerte digna, la Sala de Revisión (…) considera que su principal propósito es permitir que la vida no consista en la subsistencia vital de una persona sino que vaya mucho más allá. Esos aspectos adicionales son propios de un sujeto dotado de dignidad que como agente moral, puede llevar a cabo su proyecto de vida. Cuando ello no sucede, las personas no viven con dignidad. Mucho más si padece de una enfermedad que le provoca intenso sufrimiento al paciente. En estos casos, ¿quién si no es la propia persona la que debe decidir cuál debería ser el futuro de su vida? ¿Por qué obligar a alguien a vivir, en contra de su voluntad, si las personas como sujetos derechos pueden disponer ellos mismos de su propia vida?

[…M]orir dignamente involucra aspectos que garantizan que luego de un ejercicio sensato e informado de toma de decisiones, la persona pueda optar por dejar de vivir una vida con sufrimientos y dolores intensos. Le permite alejarse de tratamientos tortuosos que en vez de causar mejoras en su salud, [y] lo único que hacen es atentar contra la dignidad de los pacientes. Cada persona sabe qué es lo mejor para cada uno y el Estado no debe adoptar

---

21 "En ese orden, una clasificación de la eutanasia es según su forma de realizarse. Será activa o positiva (acción) cuando existe un despliegue médico para producir la muerte de una persona como suministrar directamente algún tipo de droga o realizando intervenciones en busca de causar la muerte. La eutanasia es pasiva o negativa (omisión) cuando quiera que, al contrario de la activa, la muerte se produce por la omisión de tratamientos, medicamentos, terapias o alimentos (…) Por otra parte, la eutanasia puede ser clasificada según su intencionalidad. Es directa cuando existe una provocación intencional del médico que busca la terminación de la vida del paciente. Un ejemplo de este evento sucedió con el caso de Terri Schiavo a quién se le suspendió la alimentación e hidratación con el claro propósito de terminar intencionalmente con su vida (…) La eutanasia es indirecta cuando se origina sin la intención de causar la muerte de la persona. Según algunos autores, eso no es eutanasia pues precisamente uno de los elementos de esta práctica es la provocación intencional de la muerte. En todo caso, en esos eventos la muerte no es pretendida, sino que puede ser originada por efectos colaterales de tratamientos médicos intensos. Esta clasificación ha dado lugar a hablar de eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria. Brevemente, en la voluntaria el paciente logra manifestar su voluntad, mientras que la involuntaria, a pesar de poderla consentir, se realiza el procedimiento sin obtenerla. En cambio, la eutanasia no voluntaria sucede cuando no se puede averiguar la voluntad de quien muere, por la imposibilidad de expresarla (…) Un término no muy recurrido es la adistanasia o antidistanasia. Consiste en la omisión de medios extraordinarios o desproporcionados que mantienen con vida al paciente (…) Otro concepto es el denominado suicidio asistido. En este evento, el sujeto activo y pasivo se confunde pues la intervención del médico no es directa, ya que es el mismo enfermo quien provoca su muerte (…)".

22 Estas consideraciones, a su vez, se remontaron a la Sentencia T-881 de 2002 (M.P. Eduardo Montealegre Lynett), ya citada.

23 Sentencia T-970 de 2014 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo); y, en torno al concepto de derechos fundamentales, esta se basó a su vez en las Sentencias T-227 de 2003 (M.P. Eduardo Montealegre Lynett) y T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa).

posiciones paternalistas que interfieran desproporcionadamente en lo que cada cual considera indigno […]”24.

La Sala añadió entonces que, de conformidad con lo sostenido en la Sentencia C-239 de 199725, el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental autónomo, relacionado con la vida y la autonomía, aunque no se reduce a estos últimos. En los apartes sucesivos, se dirigió a identificar con mayor certeza algunos elementos del contenido del derecho y, en especial, del consentimiento del paciente como condición de acceso.

La Sala Novena recordó que el consentimiento es el elemento central para el ejercicio del derecho fundamental a la muerte digna. Y precisó que este debe ser libre, informado e inequívoco. Lo primero significa que debe estar exento de presiones por parte de terceros; lo segundo, que los especialistas deben brindar al paciente y su familia toda la información necesaria para adoptar decisiones en torno a la vida de un ser humano; y lo tercero, que debe tratarse de una decisión consistente y sostenida.

Además, dispuso la creación de comités científicos interdisciplinarios en las eps, con las funciones de (i) acompañar al paciente y su familia durante el proceso; (ii) garantizar asesoría a la familia en los momentos posteriores a lo muerte, a nivel psicológico, médico y social, para contener o manejar los efectos o consecuencias negativas que podrían derivarse tanto de la decisión de solicitar el procedimiento de acceso a la muerte digna, como del propio deceso del paciente. Este servicio de atención y ayuda debería darse durante las fases de decisión y durante el procedimiento, y garantizar la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso. Los comités deberían también (iii) poner en conocimiento de las autoridades cualquier posible irregularidad, falta o delito.

El procedimiento también debería “blindar” la decisión del enfermo. De acuerdo con la sentencia citada, corresponde al médico recibir la manifestación de voluntad del paciente y convocar al comité científico interdisciplinario. El médico o el comité (según la regulación a adoptar) debería confirmar la decisión en un plazo razonable y, en ningún caso, superior a diez días calendario, para dar paso a la programación del procedimiento en el menor tiempo posible y, en cualquier caso, en un máximo de quince días contados desde la reiteración de la decisión. El paciente podría desistir de su solicitud en todo momento. Además, el consentimiento podría ser previo a la ocurrencia del evento médico (enfermedad) o posterior su ocurrencia, y podría ser expresado tanto de manera escrita como de forma verbal.

La Sala resaltó también la obligación de los médicos de aplicar los procedimientos necesarios para el acceso a la muerte digna. Pero explicó que, en caso de objeción de conciencia, es decir, de una manifestación escrita del profesional en medicina oponiéndose a realizar el procedimiento por considerarlo incompatible con sus convicciones personales, la eps tendría la obligación de reasignar a otro profesional para realizarlo en las 24 horas siguientes.

Con base en el caso de Julia, y el estudio del contenido del derecho fundamental a morir dignamente, la Sala Novena estableció los criterios de prevalencia de la autonomía del paciente, celeridad, oportunidad e imparcialidad que deben orientar la realización de los procedimientos para la muerte digna26; reiteró el exhorto al Congreso de la República, a

---

24 Sentencia T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

25 M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz.

26 Así definió la Sala Novena de Revisión los criterios mencionados: “[…] Prevalencia de la autonomía del paciente: Los sujetos obligados deberán analizar los casos atendiendo siempre a la voluntad del paciente. Solo bajo situaciones objetivas e imparciales, se podrá controvertir esa manifestación de la voluntad. // Celeridad: el derecho a morir dignamente no puede suspenderse en el tiempo, pues ello implicaría imponer una carga excesiva al enfermo. Debe ser ágil, rápido y sin ritualismos excesivos que alejen al paciente del goce efectivo del derecho.

proferir una regulación integral del derecho y dictó un exhorto adicional dirigido al Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de proferir una resolución que garantizara el acceso a los procedimientos para el acceso a la muerte digna. También puntualizó que le correspondía al Ministerio elaborar un protocolo médico consensuado con la academia médica, psicológica, jurídica y las organizaciones sociales.

C. Sentencia T-132 de 201627.

Janner enfrentaba distintas patologías, no calificadas médicamente como graves, incurables o terminales. Esta situación exigía una respuesta de acceso a la salud, pero no resultaba suficiente para solicitar el acceso a morir dignamente.

En 2015, Janner, de 49 años y privado de la libertad, presentó acción de tutela para acceder al derecho a morir dignamente. Explicó que durante su permanencia en el centro penitenciario había enfrentado condiciones de salud como enfermedad diverticular, varicocele bilateral, prostatitis crónica y pérdida de audición en su oído izquierdo. A Janner le ordenaron una intervención quirúrgica de varicolectomía, pero la eps Caprecom no adelantó el procedimiento, pese a la presentación de la acción de tutela y una sanción de desacato. En ese contexto, Janner solicitó un procedimiento para acceder a la muerte digna, aquejado por las "precarias condiciones de su reclusión, la gravedad de las enfermedades y los dolores que padec[ía]."

El juez constitucional de instancia declaró la carencia de objeto por hecho superado, considerando que al paciente ya le había sido realizada la cirugía de varicelectomía. Sin embargo, cuando la Corte seleccionó y estudió el caso, precisó que esta era solo una de las prestaciones que requería el paciente, razón por la cual revocó la decisión.

La Corte Constitucional dictó una orden para proteger integralmente el derecho al diagnóstico y a la salud del accionante, pero negó el acceso al derecho fundamental a la muerte digna, en los siguientes términos:

"El accionante afirma que ha desarrollado las patologías de enfermedad diverticular, varicocele bilateral, prostatitis crónica y pérdida de audición en su oído izquierdo. Sin embargo, esta Sala no cuenta con los soportes científicos que establezcan que se trata de enfermedades devastadoras, sobre los cuales se pueda inferir que producen estados de indignidad cuya cura sea la muerte exclusivamente, o que los tratamientos médicos que requiera el tutelante para restablecer sus condiciones de salud, no funcionen. La Sala recuerda que el accionante recibió tratamiento médico para superar su enfermedad de varicocele bilateral, pues le practicaron la varicocelectomía. Pese a ello, no se puede concluir lo mismo sobre las demás enfermedades que lo aquejan, razón por la que surgió la necesidad de ordenar una valoración sobre el demandante que comprenda la totalidad de sus dolencias y el tratamiento médico integral que llegase a requerir."

De acuerdo con lo expuesto, esta decisión se abstuvo de conceder la tutela al derecho a la muerte digna, pues no encontró acreditadas las condiciones de enfermedad terminal, ni de la existencia de una condición médica incompatible con la dignidad humana, capaz de producir intenso sufrimiento. Entendió también la Corte que la petición de Janner expresaba el

---

// Oportunidad: se encuentra en conexión con el anterior criterio e implica que la voluntad del sujeto pasivo sea cumplida a tiempo, sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, quiso evitarse. // Imparcialidad: los profesionales de la salud deberán ser neutrales en la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente. No pueden sobreponer sus posiciones personales sean ellas de contenido ético, moral o religioso que conduzcan a negar el derecho. En caso de que el médico alegue dichas convicciones, no podrá ser obligado a realizar el procedimiento, pero tendrá que reasignarse otro profesional". Sentencia T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

27 Sentencia T-132 de 2016. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

llamado desesperado de una persona en situación de vulnerabilidad para acceder a servicios de salud a los que tenía derecho y, en consecuencia, amparó el derecho a la salud, en sus dimensiones de diagnóstico y atención integral.

D. Sentencia T-322 de 201728.

Reinaldo, a sus 89 años de edad, inmerso en una situación de abandono familiar y en un estado de depresión profunda solicitó el derecho a la muerte digna. El 'deber de estricta constatación' llevó a la Sala Séptima de Revisión a considerar que había desistido de su petición, y aspiraba continuar su vida en condiciones de dignidad.

Reinaldo, a sus 89 años, presentó acción de tutela de manera verbal, pues consideraba que la Nueva eps había desconocido su derecho fundamental a morir dignamente, al negarse a practicarle un procedimiento de eutanasia, el cual solicitó aquejado por su avanzada edad, en condiciones de enfermedad, soledad y desamparo. La entidad negó su solicitud por considerar que no gozaba de salud mental o de un estado cognitivo adecuado para expresar su voluntad, con base en un concepto psiquiátrico. Reinaldo afirmaba que se encontraba bien en términos cognitivos, aunque se sentía solo, sin poder caminar y en situación de dependencia constante, sin tener quien velara por su bienestar29.

La entidad accionada señaló que el paciente no padecía una enfermedad en fase terminal y que no era suficiente la manifestación de su voluntad para acceder a la eutanasia, pues su caso reflejaba más bien un problema social, concerniente a la situación de la población de la tercera edad y al abandono familiar. A su turno, el juez constitucional de instancia negó el amparo, pues en su criterio no se demostró que Reinaldo tuviera una enfermedad en fase terminal. En cambio, su cuadro clínico mostraba una depresión mayor severa, vértigo de Menniere e hipertensión arterial, condiciones que no ponían en riesgo su salud, ni llevaban su vida a condiciones de indignidad.

En sede de revisión de tutela, la Sala Séptima practicó pruebas y, en especial, realizó una inspección judicial al hogar de Reinaldo, donde conversó con el peticionario y su nuera (quien, junto con uno de sus hijos había asumido su cuidado).

En los fundamentos normativos de la providencia, la Sala Séptima recordó que los adultos mayores son sujetos de especial protección constitucional y que, aunque el envejecimiento es un proceso natural, en algunas condiciones de enfermedad, pobreza y soledad puede llevar a situaciones de vulnerabilidad física, emocional y social, frente a las cuales tanto la familia como la sociedad deben asumir las cargas necesarias para evitar que estas condiciones impidan el goce efectivo de sus derechos. Y expresó que, si bien la familia es uno de los espacios de apoyo más importantes para los adultos mayores, como "fuente de autoestima,

---

28 Sentencia T-322 de 2017. M.P. (e) Aquiles Arrieta Gómez.

29 En su narración ante el Juzgado Tercero Penal del Circuito de Popayán, expresó: "En el mes de julio de 2015 acudí al Hospital Universitario San José de esta ciudad, con el fin de que se me aplicara la eutanasia, primero me atendió un médico general y luego un psiquiatra de apellido Dulcey, pero este se negó a ordenar que me apliquen la eutanasia porque dice que no me encuentro bien mentalmente. Yo me encuentro afiliado a la Nueva EPS. Lo que pretendo con esta acción de tutela es que se acceda a aplicarme la eutanasia porque aunque me encuentre bien de la mente estoy solo, no puedo caminar bien, estoy próximo a quedar en silla de ruedas, no puedo hacer nada y no hay quien vele por mí. Se me está vulnerando mi derecho a morir dignamente porque yo he oído que la eutanasia se puede aplicar a enfermos que estén graves o cuando el paciente así lo solicite. (...) Vivo con una sobrina Gicer López Anacona, pero ella se ocupa de las cosas de la casa. (...) Los nombres de mis hijos son Norles Anacona Pino, vive en barrio Guayabal de esta ciudad, (...) Albeiro Anacona Muñoz, vive en Bogotá, Cielo Patricia Anacona Pino, vive por el terminal de esta ciudad, (...) y Sandra Milena Anacona Gómez, ella es enferma, vive en el barrio los Comuneros de esta ciudad. (...) Lo que necesito es que se me aplique la eutanasia sin lugar a negativas por parte de la entidad accionada. Es todo".

confianza, apoyo (…) arraigo y seguridad", en algunos casos también son la principal fuente de abandono de esta población; y aclaró que en tales eventos el apoyo estatal debe ser total.

A partir de estas consideraciones y del diálogo sostenido con Reinaldo y sus allegados, concluyó la Sala de Revisión que su situación había cambiado y no tenía ya la intención de morir, sino que reclamaba su derecho a vivir en condiciones de dignidad. A partir de las pruebas practicadas, concluyó:

"En este caso, las circunstancias de hecho que narró el accionante han cambiado. Así se pudo verificar en la diligencia judicial practicada por el magistrado sustanciador cuando al ser preguntado el señor Anacona sobre el motivo de interposición de la acción de tutela, él se limitó a afirmar: "sí, yo presenté una tutela porque me estaban demorando mucho el paguito allá donde yo estaba afiliado, entonces me tocó que presentar una tutela." En ese sentido, la Corte observa que no hay, a la fecha de emisión de esta providencia, un deseo latente, libre y espontáneo del accionante de querer morir dignamente."

En armonía con la actuación adelantada, la Sala Séptima sostuvo que existe un deber de estricta constatación en cabeza de los jueces que estudian solicitudes análogas a las de Reinaldo, en las cuales circunstancias propias de la fragilidad humana, pero diversas a una enfermedad calificada médicamente como grave e incurable, son las que suscitan la petición de acceso al derecho a morir dignamente30.

E. Sentencia T-423 de 201731.

Sofía padecía un cáncer agresivo. En la última etapa de su enfermedad, recibía morfina para el manejo del dolor. Solicitó la práctica de un procedimiento eutanásico, pero en su lugar de residencia no disponían de un Comité Científico Interdisciplinario.

Adriana, la madre de Sofía, actuando como su agente oficiosa, presentó acción de tutela para que su hija accediera al derecho a morir dignamente. Sofía, con 24 años de edad, padecía un tumor neuroectodérmico (un tumor primario del sistema nervioso central, ubicado en el cerebro). Desde su lugar de residencia, en Arauca, fue remitida al Hospital San Ignacio de Bogotá, donde le diagnosticaron un cáncer agresivo en etapa terminal. Adriana llevó a Sofía a los Estados Unidos de América en búsqueda de alguna alternativa terapéutica, pero no la hallaron. Los médicos que conocieron su caso establecieron un pronóstico de seis meses de vida.

La enfermedad hizo metástasis y cuando Sofía tenía más de diez tumores y había bajado considerablemente de peso decidió suspender el tratamiento y volver a Arauca, donde fue atendida por un médico internista y recibía morfina para enfrentar el dolor. Sofía y su madre solicitaron la práctica de un procedimiento médico para la muerte digna; sin embargo, el médico tratante consideró que no podía acceder a su solicitud y la eps argumentó que no existía en el hospital un comité científico interdisciplinario para valorar su solicitud.

Sofía murió sin acceder al servicio, razón por la cual la Sala Sexta de Revisión declaró la existencia de un daño consumado, y dictó un conjunto de órdenes destinadas a asegurar el servicio en lugares de la geografía nacional con limitaciones como las que se evidenciaron

---

30 Sentencia T-322 de 2017 (M.P. (e) Aquiles Arrieta Gómez): "La decisión de morir de forma digna es independiente del amor por la vida de una persona y se da cuando quien sufre de una enfermedad terminal renuncia a una existencia sin dignidad, sin que esto signifique un desprecio por la vida. En estos casos, existe la obligación del juez de tutela de garantizar el derecho a la vida y a la dignidad humana, implica que el juez actúe con la convicción que al tratarse del derecho a la vida que, además, es la base para la garantía de los demás derechos. Por esta razón es fundamental que el juez constitucional se cerciore del contexto fáctico de cada caso, así como de la capacidad de la persona de manifestar su voluntad, especialmente tratándose de una petición tan radical como lo es la práctica de la eutanasia".

31 M.P. (e) Iván Humberto Escrucería Mayolo. AV. y SPV. Cristina Pardo Schlesinger.

en el caso estudiado. Un componente central de esta decisión es el análisis de la situación de Sofía, desde el concepto de barreras de acceso al derecho fundamental a la salud.

"Sofía y su familia vieron prolongado su sufrimiento ante la imposición de diferentes trabas administrativas que al final se convirtieron en todo lo que ellos buscaron [sic] evitar al acudir al juez constitucional, esto es, la demora en la realización del procedimiento, la falta de ayuda psicológica antes y después de la práctica de la eutanasia, el abandono de su eps y de las autoridades estatales, entre otras"32.

Esta orientación explica las órdenes adoptadas para adecuar la prestación del servicio a los estándares constitucionales, las cuales se establecieron en función del rol institucional de las entidades involucradas en la violación del derecho: al Ministerio de Salud y Protección social, encargado de la política pública en salud; a la Superintendencia Nacional de Salud, órgano encargado de la vigilancia y control del Sistema y sus operadores; a la Nueva eps, entidad a la que se encontraba adscrita Sofía, y que no dispuso del servicio; y a la ese Hospital San Vicente de Arauca, que no contaba con comités interdisciplinarios.

La Corte ordenó a la Nueva eps no incurrir nuevamente en conductas como las que prolongaron el sufrimiento de Sofía y realizar un acto público de desagravio en el que se pidieran disculpas a su familia por las trabas impuestas para acceder a los procedimientos necesarios para la muerte digna, y dotar a la red de prestadoras de servicios de salud de la entidad que operan en Arauca de la infraestructura necesaria para garantizar el procedimiento, así como gestionar el traslado de especialistas al municipio mencionado. A la ese Hospital San Vicente de Arauca, adecuar su infraestructura y disponer de médicos idóneos para tramitar oportunamente las solicitudes de muerte digna, para que el derecho respete el principio de universalidad, es decir, que se ejerza siempre que se cumplan las condiciones y el paciente lo solicite. También ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social gestionar lo necesario para que todas las eps y las ips dispongan de una carta de derechos para los pacientes con el fin de poner en su conocimiento lo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente.

A la Superintendencia de Salud le ordenó adoptar medidas para verificar la implementación de la regulación y constatar que las eps e ips del país cuenten con la infraestructura y el personal idóneo para la realización de los procedimientos para la muerte digna. Remitió igualmente copias a la Procuraduría General de la Nación y la Fiscalía General de la Nación para determinar si se presentaron fallas administrativas, disciplinarias y penales; y ordenó a la Defensoría del Pueblo brindar acompañamiento a la familia de Sofía para que recibieran la ayuda necesaria para acceder a tales servicios. Finalmente, reiteró los exhortos al Congreso de la República y la administración para avanzar en la regulación del derecho fundamental a morir dignamente, en especial, considerando los inconvenientes que se evidenciaron en el caso concreto.

Sofía murió esperando la evaluación de su caso por un comité interdisciplinario, inexistente en el hospital donde le brindaban atención en salud, debido a que este se encontraba ubicado en un lugar de la geografía nacional donde el Estado no había llegado a establecer las condiciones, infraestructura, médicos y servicios necesarios para que las personas pudieran acceder a prestaciones de salud para morir de manera digna.

F. Sentencia T-544 de 201733.

---

32 Ibidem.

33 M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. SV. Cristina Pardo Schlessinger.

Francisco sufría de parálisis cerebral y su condición se deterioraba cada día; sus padres solicitaron a su eps la práctica de un procedimiento eutanásico. ¿Cómo manejar el consentimiento sustituto en el caso de los niños, las niñas y los adolescentes?

Francisco nació con una condición médica denominada parálisis cerebral severa, la cual fue generándole nuevas dificultades o patologías. En los términos consignados en su historia clínica, Francisco, de trece años de edad, padecía (i) parálisis cerebral infantil espástica secundaria e hipoxia neonatal; (ii) epilepsia de difícil control; (iii) escoliosis severa; (iv) displasia de cadera bilateral, y (v) reflujo gastroesofágico severo.

De acuerdo con la narración de la tutela el niño padecía discapacidad cognitiva severa y se comunicaba a través del llanto y con gestos faciales. Su familia afirmaba que el niño "no ríe ni sonríe" y "experimenta dolor expresado por el llanto." Según sus padres [los accionantes], Francisco desarrollaba cada día nuevas enfermedades que hacían más difícil su existencia, le provocaban profundos sufrimientos y sofocamiento por falta de oxígeno.

Por eso, sus padres, Irene y Alfredo, solicitaron a la eps adelantar un procedimiento médico para acceder a la muerte digna, considerando los intensos sufrimientos que, de acuerdo con su historia cínica, padecía Francisco. La entidad prestadora de servicios de salud negó el servicio, considerando que no existía un procedimiento para la evaluación del consentimiento sustituto de un niño.

En esta sentencia, la Corte Constitucional enfrentó dos de los problemas más delicados en torno al acceso al derecho fundamental a morir dignamente. El consentimiento de los niños, niñas y adolescentes que, al enfrentar situaciones de salud extremas, pretenden acceder a un servicio médico para morir dignamente; y, en especial, la posibilidad de evaluar y admitir el consentimiento sustituto de sus padres.

La Corporación expresó que, de conformidad con la Sentencia T-510 de 200334 en el caso concreto debía analizarse la situación a partir del interés superior del niño, de acuerdo con el cual corresponde al juez, entre otras cosas: (i) garantizar el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes; (ii) asegurar las condiciones necesarias para el ejercicio pleno de sus derechos; (iii) protegerlos de riesgos prohibidos; (iv) equilibrar sus derechos y los derechos de sus familiares35, teniendo en cuenta que si se altera dicho equilibrio, debe adoptarse la decisión que mejor satisfaga los derechos de los niños, niñas y adolescentes; (v) garantizar un ambiente familiar apto para su desarrollo; (vi) justificar claramente la intervención del Estado en las relaciones familiares; y (vii) evitar cambios desfavorables en las condiciones de las o los niños involucrados36.

En ese sentido, señaló la Sala Quinta de Revisión: "Cuando no sea claro cómo se satisface dicho interés, se deben presentar las consideraciones fácticas y jurídicas necesarias con base en los criterios jurisprudenciales establecidos, bajo la comprensión del margen de discrecionalidad de los funcionarios administrativos y judiciales que adelantan la labor de protección de niños, niñas y adolescentes."

Además, se refirió a la especial protección debida por el ordenamiento constitucional al derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes. Señaló que, en virtud de su carácter de sujetos de especial protección constitucional, tienen derecho a un trato preferente y

---

34 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

35 La jurisprudencia, de manera general, ha reiterado la regla referida a la necesidad de equilibrar los derechos de los niños y los de sus padres. Sin embargo, en las Sentencias T-397 de 2004 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa) y T-572 de 2010 (M.P. Juan Carlos Henao Pérez), se reformuló esta regla para hablar de la necesidad de equilibrar los derechos de los parientes biológicos o de crianza, con los derechos de las y los niños.

36 Esta regla fue formulada en las Sentencias T-397 de 2004. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa y T-572 de 2010. M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

prevalente en el acceso a las prestaciones del sistema de seguridad social; y puntualizó que las autoridades del Estado en sus actuaciones administrativas y las decisiones de los jueces relacionadas con la prestación de servicios de salud a menores de edad, deberán considerar la primacía del interés superior de aquellos y la prevalencia de sus derechos fundamentales.

De acuerdo con lo planteado en las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 201437, la Corte reiteró el carácter fundamental del derecho a morir dignamente y su "cercana relación" con la dignidad humana, el respeto por la autodeterminación de las personas y una concepción de la vida "que supera la noción de simple existencia", y lamentó que, a pesar de este reconocimiento se advertía una falta de regulación que violaba la eficacia del derecho y recordó los diversos exhortos al Congreso de la República para que expidiese la reglamentación correspondiente.

Precisó que también los niños, niñas y adolescentes son titulares del derecho fundamental a morir dignamente, pues la jurisprudencia no ha efectuado una distinción en esa dirección; y asumir una interpretación en otro sentido se opondría al interés superior de los niños, niñas y adolescentes y llevaría admitir tratos crueles, inhumano y degradantes de las personas menores de 18 años, en detrimento de su dignidad, aunque debería ser objeto de algunos matices38:

"Ahora bien, establecido que el derecho fundamental se predica de todos los asociados y deriva de la dignidad de la que son titulares por su condición de seres humanos, la Sala reconoce que la materialización del derecho presenta algunas diferencias y particularidades en relación con los nna, principalmente en los aspectos relacionados con el consentimiento y la manifestación de la voluntad, las cuales no pueden llevar a desconocer que son titulares del derecho. Por el contrario, esas particularidades deben ser reconocidas, consideradas y afrontadas en aras de lograr una oportuna regulación de esos aspectos específicos que permita garantizar el derecho a la muerte digna de los menores de edad y así evitar que sean sometidos a tratos crueles e inhumanos y obligados a soportar graves sufrimientos."

La Sala citada señaló que en la Resolución 1216 de 2015, dictada a raíz del exhorto contenido en la Sentencia T-970 de 201439 se reguló únicamente la situación de personas mayores de edad, razón por la cual consideró imperativo que "un grupo de expertos emita los conceptos científicos y técnicos en relación con los aspectos que deben ser considerados, de forma diferencial, para el ejercicio del derecho a la muerte digna de niños, niñas y adolescentes, los cuales están relacionados con (i) la condición de enfermo terminal o persona con enfermedad en fase terminal, (ii) la evaluación del sufrimiento, (iii) la determinación de la capacidad de decidir, y (iv) el consentimiento de acuerdo con las específicas hipótesis que pueden configurarse en atención a la edad y el grado de desarrollo físico, psicológico y social de los menores de edad".

Irene y Alfredo, los padres de Francisco elevaron una petición para que la eps analizará su solicitud de acceso a la muerte digna, el cual no fue respondido por la entidad. Entonces,

---

37 Sentencia T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

38 Sentencia T-544 de 2017. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. SV. Cristina Pardo Schlesinger. Al respecto sostuvo la Sala: "42.- Antes de abordar el análisis del caso, es importante enfatizar en que, como se ha reiterado a lo largo de esta providencia, los derechos de los NNA deben ser interpretados con base en varios criterios, entre ellos: (i) la igualdad y no discriminación; (ii) la defensa de su interés superior; (iii) la efectividad y prioridad absoluta; y (iv) la participación solidaria. Con base en esos elementos, los niños tienen derecho a no ser diferenciados de manera irrazonable para el reconocimiento y efectividad de sus derechos, además todas las personas y autoridades deben garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos que son universales, prevalentes e interdependientes (art. 8° Código de Infancia y Adolescencia)".

39 Sentencia T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

presentaron acción de tutela, con el fin de obtener una respuesta de fondo sobre la necesidad de Francisco de acceder al procedimiento.

La Sala de Revisión evidenció graves deficiencias en la prestación de los servicios de salud a Francisco, incluida la tardanza en la entrega de oxígeno, al cual solo pudo acceder durante sus últimos meses de vida. Los padres denunciaron la actitud negligente de su eps y la falta de acceso a especialistas, en especial, las dificultades para tratamientos de ortopedia, pese a la manera en que su cuerpo se veía progresivamente afectado, lo que demostraba para la Sala la ausencia de sentido humanitario en el tratamiento, y de consideración del contexto del niño y la necesidad de un tratamiento de carácter integral. Estos hechos llevaron a la Sala a remitir copias a la Superintendencia Nacional de Salud.

En torno al contenido del derecho a morir dignamente, la Sala recordó los siguientes elementos: "(i) el carácter fundamental del derecho a la muerte digna y su íntima relación con la vida y con la dignidad humana; (ii) la vida es presupuesto para el ejercicio de otros derechos, pero supera la simple subsistencia; (iii) la legitimación para decidir hasta cuando la existencia es deseable y compatible con la dignidad humana se encuentra en cabeza, principalmente, del titular del derecho a la vida; (iv) obligar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale a un trato cruel e inhumano, anula su dignidad y su autonomía; y (v) aunque de la regulación del derecho a morir dignamente no depende el valor normativo y vinculante del derecho fundamental, pues por su naturaleza ya tiene ese estatus, sí constituye una barrera para su materialización".

La Sala Quinta, además de referirse a la necesidad de un dictamen de enfermedad en fase terminal, y al consentimiento libre, informado e inequívoco, planteó las siguientes consideraciones especiales para el caso de los niños, las niñas y los adolescentes:

"La previsión del consentimiento informado establecido en la sentencia C-239 de 1997 en el marco del ejercicio del derecho a la muerte digna debe evaluarse, de forma particular, de cara a los titulares del derecho. En efecto, aunque por regla general los nna expresan el consentimiento a través de sus representantes es necesario que en estos casos se consulte, de forma prevalente, su voluntad siempre que el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del nna lo permitan.

En este punto es indispensable la experticia de los profesionales que pueden evaluar el nivel de desarrollo cognitivo de los nna, que pueden determinar la mejor manera de darles información y que deben manejar la concurrencia con el consentimiento de ambos padres, que siempre será obligatorio. En los casos en los que la representación legal sea ejercida por otros individuos o que los nna se encuentren bajo la protección del Estado, la valoración del consentimiento sustituto deberá ser estricta.

Asimismo, y de forma subsidiaria deberá analizarse el consentimiento sustituto por imposibilidad fáctica para manifestar la voluntad derivada de una condición de salud o del desarrollo cognitivo del nna. En estos eventos, los padres, personas o entidades que se encuentren legalmente a cargo pueden sustituir el consentimiento y se llevará a cabo el mismo procedimiento, pero el comité interdisciplinario deberá ser más riguroso en el cumplimiento de los requisitos y en el análisis de la situación".

Por su parte, las etapas generales de un procedimiento para el ejercicio del derecho a la muerte digna son las siguientes: (i) la manifestación libre del niño, niña o adolescente -nna, de sus padres, o de sus representantes legales, de que padece una enfermedad terminal y sufre dolores intensos que lo llevan a querer ejercer el derecho a la muerte digna; (ii) tal manifestación deberá hacerse ante el médico tratante; (iii) la convocatoria del comité científico interdisciplinario por parte del médico tratante; (iv) la reiteración de la intención inequívoca de morir. Establecido el cumplimiento de los requisitos, en un plazo no superior

a diez días calendario se le preguntará al paciente si se mantiene en su decisión; (v) en caso de que la respuesta sea afirmativa, el comité determinará el cumplimiento de los requisitos y programará el procedimiento para el momento que indique el paciente o máximo en el término de quince días después de reiterada su decisión. En cualquier momento los niños, niñas o adolescentes, o sus representantes podrán desistir de su decisión; (vi) el estudio de las solicitudes en cada etapa deberá considerar la madurez emocional de cada niño, niña o adolescente y, cuando sea aplicable, diseñar mecanismos para la manifestación del consentimiento sustituto por los dos padres del menor de edad o quienes tengan su representación legal.

En ese orden de ideas, la Sala ordenó al Ministerio de Salud y Protección social disponer lo necesario para que todos los prestadores del servicio de salud conformen el comité interdisciplinario y "sugiriera a los médicos un protocolo médico" para ser discutido por expertos de distintas disciplinas que sirva como referente para realizar procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente de los niños, las niñas y los adolescentes; ordenó al mismo Ministerio presentar un proyecto de ley para la regulación del derecho, tanto para mayores de edad como para niños, niñas y adolescentes y reiteró el exhorto al Congreso de la República para emitir la regulación integral del derecho. Por último, invitó a la Defensoría del Pueblo para dar a conocer al público en general el contenido de la sentencia y el cumplimiento de las órdenes y las demás medidas necesarias para generar "conciencia de derechos, agencia ciudadana y debate público".

Finalmente, en relación con el derecho a la muerte digna de Francisco, la Sala Quinta de Revisión advirtió que a pesar de que la respuesta de la entidad accionada fue ambigua lo cierto es que esta no tenía un marco jurídico para actuar y, por lo tanto, enfrentaba el vacío normativo en torno a la solicitud, el cual como se ha demostrado en los casos de mayores de edad afecta la materialización del derecho fundamental.

G. Sentencia T-721 de 201740.

l.m.m.f padecía un estado vegetativo permanente bajo diagnóstico de enfermedad degenerativa, irreversible y crónica, pero no calificada certeramente como terminal. La Sala Cuarta de revisión advirtió la vulneración de su derecho a la muerte digna en sus diferentes dimensiones.

l.m.m.f, de 23 años de edad, se encontraba en condición vegetativa permanente desde los 15 años como consecuencia de una operación que le fue practicada para tratar la epilepsia que sufría desde su infancia. Tenía diagnosticada una enfermedad degenerativa, irreversible y crónica que, aun cuando no fue calificada definitivamente como terminal, permitía pronosticar que sus comorbilidades podían desencadenar una muerte repentina. Dado su compromiso neurológico, no era posible evaluar semiológicamente su percepción del dolor, pues no podía expresar llanto, sonidos guturales, gestos de expresión facial y tampoco realizaba movimientos oculares.

Su madre, actuando en calidad de representante legal en virtud de un fallo de interdicción por incapacidad absoluta, solicitó tanto el procedimiento de eutanasia a la eps, como la limitación del esfuerzo terapéutico o reorientación de las medidas asistenciales. Al no recibir respuesta formuló acción de tutela en protección de los derechos de su hija a morir dignamente, al debido proceso y de petición.

La eps e ips demandadas contestaron adjudicándose responsabilidades mutuamente, de cara a la prestación del servicio. No obstante, la primera afirmó que la accionante carecía de legitimación para solicitar el procedimiento de acuerdo con lo estipulado en la Resolución

40 Sentencia T-721 de 2017. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo.

1216 de 2015; la segunda, por su parte, informó haber convocado el Comité Interdisciplinario para analizar el caso.

El juez de primera instancia concedió el amparo a la muerte digna de l.m.m.f. ordenando que se informara a la gestora lo decidido por el Comité Científico Interdisciplinario y se practicara el procedimiento de eutanasia. Sin embargo, ante la impugnación presentada, el juzgado de segunda instancia revocó la determinación al considerar que la accionante no cumplía con los criterios establecidos en la citada resolución, así como tampoco con los derroteros trazados por la jurisprudencia. Ello, por cuanto: (i) no había un concepto médico que determinara la expectativa de vida de la paciente; (ii) tampoco existía una manifestación anticipada de su parte para acceder al procedimiento; y (iii) a la luz de la regulación vigente, su representante legal no podía emitir el consentimiento sustituto. Durante el trámite de revisión, fue informado de que la paciente falleció luego de una crisis tratada finalmente con cuidados paliativos.

La Sala Cuarta de Revisión precisó que lo reclamado en sede constitucional no era la aplicación misma de la eutanasia sino el agotamiento del procedimiento previsto en la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, con independencia de la respuesta que se pudiera obtener, con miras a garantizar el derecho a la muerte digna de la joven.

En ese sentido, al abordar el fondo del asunto afirmó que ese derecho fundamental presenta un carácter multidimensional, es decir, que no se agota ni se circunscribe al proceso eutanásico, sino que "[conlleva] un conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud." Entre sus dimensiones enunció: (i) el procedimiento eutanásico; (ii) la limitación del esfuerzo terapéutico o readecuación de las medidas asistenciales; y (iii) los cuidados paliativos.

En ese sentido, la Corporación evidenció diversas falencias por parte de las entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud en relación con tales dimensiones. De un lado, estimó que el condicionamiento previsto en la Resolución 1216 de 2015 para el consentimiento sustituto, según el cual el paciente debía expresar su voluntad de someterse al procedimiento de forma previa y bajo constancia escrita en documento de voluntad anticipada o testamento vital, hacía inviable el ejercicio del derecho para quienes no se encuentran en condiciones de expresarse y, por ende, los discriminaba. Por ello, indicó que, en el estado vegetativo de la paciente, el consentimiento otorgado por su representante legal resultaba válido. De otro, precisó que las entidades accionadas no agotaron las alternativas previstas en la normatividad para determinar si la joven padecía o no de una enfermedad terminal, a pesar de que cuando el consentimiento sea sustituido, los operadores del Sistema de Salud y los médicos deben ser más estrictos y diligentes en la observancia de los requisitos.

Bajo esa línea, la Corte advirtió que la eps e ips demandadas (i) prolongaron innecesariamente el sufrimiento de la paciente y de su núcleo familiar con las actuaciones omisivas ejecutadas con posterioridad a la solicitud de limitación del esfuerzo terapéutico, cuando se debió proceder a la evaluación de si efectivamente la paciente se encontraba en una situación en donde no existían probabilidades razonables de recuperación, total dependencia, ausencia de contacto con el entorno o percepción de sí misma, que justificaran la limitación; (ii) restringieron injustificadamente el acceso oportuno a los cuidados paliativos bajo el argumento de que únicamente aplicaban para pacientes con enfermedad terminal, no así con enfermedades crónicas degenerativas e irreversibles y de alto impacto para la calidad de vida, lo cual no solo incluye el manejo del dolor sino de otros síntomas, teniendo además en cuenta aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, del paciente y de su familia; y, (iii) no brindaron una respuesta congruente,

precisa y clara frente a los diferentes procedimientos encaminados a garantizar la muerte digna de la paciente.

Así las cosas, la Sala Cuarta de Revisión declaró la existencia de un daño consumado y, en consecuencia, ordenó: a las prestadoras de salud, ajustar sus protocolos internos para facilitar el cumplimiento de la normatividad sobre el derecho a la muerte digna; al Ministerio de Salud, adecuar la Resolución 1216 de 2015 en relación con el trámite y condiciones del consentimiento sustituto y, a su vez, regular la limitación del esfuerzo terapéutico o la readecuación de las medidas asistenciales. Finalmente, reiteró una vez más el exhorto al Congreso de la República para que legislara sobre el derecho fundamental a la muerte digna.

H. Sentencia T-060 de 202041.

María Liria padece de varias enfermedades y su hija solicitó el derecho fundamental a morir dignamente y la activación de los protocolos para acceder a la muerte digna. Sus padecimientos no estaban diagnosticados como "enfermedad terminal".

María Liria, de 94 años de edad, padecía trastorno de ansiedad, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer, hipotiroidismo, hipertensión arterial y enfermedad arterial oclusiva severa. Su única hija, como agente oficiosa, solicitó que se activaran los procedimientos establecidos en la Resolución 1216 de 2015 para acceder a una muerte digna. Las entidades respondieron su solicitud negativamente porque no se aportó un documento de voluntad anticipada suscrito por la paciente, que respaldara el consentimiento sustituto manifestado por su hija. Los jueces de instancia negaron las pretensiones, considerando que no se encontraba acreditado el carácter terminal de la enfermedad, ni el consentimiento sustituto.

La Sala Novena de Revisión constató que aún no se había expedido la regulación para la manifestación y evaluación del consentimiento sustituto, ordenada en la Sentencia T-721 de 201742. Al abordar el fondo del asunto recordó que cuando se adelanta el procedimiento para el acceso al derecho a morir dignamente, a partir de la manifestación del consentimiento sustituto, el análisis de los demás requisitos debe ser más estricto y riguroso.

Sin embargo, consideró que en el caso objeto de estudio no se reunieron las condiciones necesarias para conceder el amparo pues la paciente no había sido diagnosticada con una enfermedad terminal, a pesar de "la aguda vulnerabilidad que le generan sus comorbilidades y su avanzada edad." Añadió que la eps le venía prestando los servicios requeridos para sus enfermedades crónicas, para el control del dolor y para mantener su calidad de vida. Como la eutanasia es una de las dimensiones del derecho a morir dignamente, pero no la única, planteó que en el caso bajo examen el derecho fundamental no debía concretarse anticipando la muerte del paciente, sino aliviando su sufrimiento y garantizándole un cuidado óptimo e integral, el mayor grado de bienestar y las mejores condiciones de vida posibles en lo que le resta de existencia, en armonía con el entendimiento de que la salud –como la define la oms– no se restringe solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que consiste en un estado de bienestar físico, mental y social.

Conclusiones

En la Sentencia C-239 de 199743 la Corte Constitucional estableció las tres condiciones que, en su conjunto, justifican el homicidio por piedad y por lo tanto excluyen su penalización; y explicó que existe en el texto constitucional un derecho fundamental a morir dignamente. Sin embargo, consideró que su contenido esencial debería ser desarrollado por

41 Sentencia T-060 de 2020. M.P. Alberto Rojas Ríos. SPV. Carlos Bernal Pulido.

42 Sentencia T-721 de 2017. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo.

43 M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz.

vía de ley estatutaria, razón por la cual dictó un exhorto al Congreso de la República en ese sentido.

Pasaron diecisiete años antes de que la Corte Constitucional volviera a pronunciarse sobre este derecho constitucional y, durante ese período, relativamente extenso en la vida de una persona, el Congreso de la República no dictó la regulación necesaria para el ejercicio del derecho. Para la Sala es muy importante indicar que aún hoy es imprescindible la regulación mencionada, pero es consciente de que la ausencia de la ley estatutaria no puede llevar a la ineficacia de los mandatos superiores de la Constitución Política.

El derecho fundamental a morir dignamente se relaciona, entre otros, con los derechos a la dignidad humana y la vida; y puede ejercerse de diversas maneras, tres de las cuales han sido identificadas por la jurisprudencia constitucional: (i) los cuidados paliativos, regulados por Ley 1733 de 2014, que pretenden dar manejo al dolor y el sufrimiento ante enfermedades que carecen de medidas terapéuticas y de curación efectivas; (ii) la adecuación del esfuerzo terapéutico, que consiste en suspender o limitar las medidas de soporte a la vida, cuando estas pueden llevar a mayor sufrimiento al paciente (actuación conocida como distanasia) y (iii) las prestaciones específicas para morir, usualmente conocidas como formas de eutanasia, que están sometidas a las condiciones de justificación del homicidio por piedad.

Sin embargo, es posible que surjan nuevas facetas a medida que avanza el conocimiento científico y el Congreso de la República discute a profundidad su desarrollo por vía estatutaria; y, en especial, la eficacia del derecho depende de la adecuada prestación de los servicios, la capacitación de eps, ips y personal médico, y condiciones adecuadas para la manifestación del consentimiento, propio o sustituto.

En ese marco, entre 2014 y 2020, la Corte Constitucional se pronunció en diversas oportunidades sobre el derecho a morir dignamente y, a partir del análisis de la situación de los distintos peticionarios, y su aspiración de acceder a la muerte digna la Corporación ha ido delineando con mayor detalle algunas dimensiones del derecho. Estas decisiones hablan sobre casos concretos o, en otros términos, recogen aspectos de la experiencia de personas que han considerado que se encuentran en circunstancias extremas, incompatibles con su dignidad. Por eso, el resultado de estas decisiones es el conocimiento de problemas jurídicos situados en contextos precisos, y en los cuales la subjetividad y condiciones de vida de cada peticionario son aspectos esenciales de cada discusión.

Por esa razón, estas decisiones no sustituyen la regulación integral que corresponde hacer al Congreso, pero sí constituyen escenarios en los cuales el juez ve con mayor detalle algunas de las dimensiones de un derecho fundamental, comprende las tensiones que se presentan en el ámbito de su ejecución y eficacia, y permiten conocer también algunas barreras determinantes para su goce efectivo.

Como lo expresó la Corte en la Sentencia T-544 de 201744 existen algunos puntos comunes en los pronunciamientos de la Corte Constitucional, como la ocurrencia de daños consumados en cada uno de los casos en que las eps y otros prestadores de servicios de salud negaron el acceso a un servicio para acceder a la muerte digna, pese a que se cumplían las condiciones para garantizarlo.

Tanto la Sala Plena como las distintas salas de revisión han señalado que la ausencia de regulación es una de las principales barreras para el acceso al derecho, y han considerado necesario que se adelanten procesos educativos para la comprensión de su alcance y contenido. La Corte Constitucional, en fin, ha dictado sucesivos exhortos al Ministerio de

44 M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. SV. Cristina Pardo Schlesinger.

Salud y Protección Social cuando ha identificado los obstáculos específicos que cada una de las personas mencionadas enfrentó para acceder a la muerte digna.

Así, el caso de Julia llevó a la expedición de la Resolución 1216 de 2015, en la que se reguló el procedimiento para acceder a la muerte digna de personas adultas, en especial, el consentimiento del paciente. El caso de Francisco derivó en la expedición de la Resolución 825 de 2018, que concierne al acceso de los niños, niñas y adolescentes a estos servicios. La situación de Sofía condujo a un conjunto de órdenes y otras medidas para asegurar que el servicio se preste en lugares del territorio nacional donde los servicios de salud son precarios en diversas de sus facetas. La historia de l.m.m.f., a quien se le desconocieron distintas facetas del derecho a morir dignamente, incluida la adecuación del esfuerzo terapéutico y los cuidados paliativos, culminó con la expedición de la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social,45 sobre los documentos de voluntad anticipada.

El desarrollo jurisprudencial descrito evidencia el reconocimiento: (i) del carácter fundamental del derecho a la muerte digna y su íntima relación con la vida y dignidad humana; (ii) la vida como presupuesto para el ejercicio de otros derechos, bajo una acepción que supera la simple subsistencia y toma en consideración su calidad; (iii) la legitimación para decidir hasta cuándo la existencia es deseable y compatible con la dignidad humana en cabeza, principalmente, del titular del derecho a la vida, razón por la cual su consentimiento es imprescindible para acceder a la muerte digna. De acuerdo con la jurisprudencia reiterada, (iv) obligar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale a un trato cruel e inhumano, y anula su dignidad y autonomía.

Asimismo, la Corte es clara en señalar que la falta de regulación de un derecho fundamental no tiene incidencia en ese carácter ni determina su valor normativo o vinculante. Sin embargo, esa circunstancia sí genera barreras para la materialización del derecho, razón por la que ante la comisión legislativa absoluta con respecto al derecho a la muerte digna ha emitido directrices y fijado parámetros que contribuyan a la satisfacción del derecho en mención.

Es relevante advertir también que en este recuento jurisprudencial, las distintas salas de Revisión han conocido casos claros, como los de Julia y Sofía, en los cuales se cumplían las condiciones para el acceso a la muerte digna y de manera arbitraria las entidades prestadoras de salud negaron el acceso al derecho; casos difíciles, como el de Francisco, por tratarse de un menor de edad que no se encontraba en condiciones físicas de manifestar su consentimiento y voluntad, pero que se hallaba inmerso en intenso sufrimiento; y casos que ha denominado trágicos, como el de María Liria, quien a sus 94 años padecía varias condiciones médicas, en especial, algunas asociadas a deterioro cognitivo, pero ninguna calificada como terminal, o el de Reinaldo, quien solicitó acceder a la muerte digna aquejado por una condición de depresión profunda, soledad y abandono familiar.

El caso de l.m.m.f. es un asunto particularmente complejo, pues, a partir de trabas puramente administrativas como la ausencia de respuesta a una petición; la profunda negligencia en el diagnóstico de la naturaleza y fase de la enfermedad; y la incomprensión de las distintas facetas del derecho, se produjo una lesión intensa a la dignidad humana, la salud y la vida de la paciente, y se generaron enormes sufrimientos a su familia.

Tanto los médicos tratantes como los jueces y las distintas salas de Revisión han acudido en los casos difíciles al criterio de enfermedad terminal y lo han utilizado como parte central de sus decisiones sucesivas de negar el procedimiento solicitado.

---

45 “Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada”.

De las sentencias analizadas surgen además algunas subreglas, parámetros o criterios específicos de decisión. Así, (i) en el acceso a procedimientos para la muerte digna prima la voluntad del paciente y, por lo tanto, el consentimiento previo, libre e informado; (ii) este consentimiento debe partir de la información adecuada brindada por el médico tratante; (iii) además, con el fin de asegurar una decisión inequívoca, se prevé la confirmación dentro de un término razonable; (iv) también los niños, niñas y adolescentes pueden acceder a los servicios que conducen a una muerte digna.

A partir de las órdenes y exhortos dictados por la Corte Constitucional en torno al consentimiento de sujetos de especial protección constitucional, la regulación actual ha establecido que pueden expresarlo niños entre los 12 y los 18 años, en general, y excepcionalmente niños entre 6 y 12 años según su nivel de desarrollo cognitivo y su comprensión del carácter irrevocable de la muerte;46 (v) además, es válido el consentimiento sustituto, siempre que se dé bajo condiciones que permitan inferir que persigue la mejor condición para el paciente, y que indague por la posición que expresaría, en caso de estar consciente para hacerlo. (vi) El consentimiento sustituto exige una verificación más rigurosa de los demás requisitos.47 Estas subreglas han dado paso a una amplia regulación administrativa, y, si bien no corresponde a la Corte Constitucional evaluar su adecuación a la Constitución, sí resulta relevante presentar algunos de los desarrollos del derecho fundamental que han surgido en este trabajo de precisión de un mandato constitucional que se ha dado entre el Juez Constitucional y la Administración Pública.

A partir de la jurisprudencia constitucional reiterada en esta oportunidad, en Colombia, el derecho de acceso a servicios para la muerte digna también cobija a niños, niñas y adolescentes, pues no existe una distinción constitucional válida que permita excluirlos de adoptar decisiones con autonomía en torno a su existencia, de conformidad con el desarrollo cognitivo que vayan adquiriendo, y porque no sería constitucionalmente legítimo admitir que los niños, niñas y adolescentes sí deben soportar tratos crueles y humillantes que no deben soportar los adultos.

Este aspecto es tratado a fondo en la Sentencia T-544 de 201748 que resolvió el caso de Francisco, en la que se exhortó al Ministerio de Salud a dictar una regulación para permitirle

---

46 Cfr. Resolución 825 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social.

47 Esta subregla fue establecida y desarrollada, en especial, en las Sentencias T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SV. M.P. Mauricio González Cuervo; T-544 de 2017. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. SV. M.P. Cristina Pardo Schlesinger y T-721 de 2017. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo. En esta última decisión, la Corte incluso consideró necesario ordenar la revisión de la Resolución 1216 de 2015, por exigir un requisito adicional al consentimiento sustituto. Así lo expresó la Corte: "Según la valoración médica efectuada el 17 de julio de 2017, el estado en que se encontraba la paciente era "vegetativo permanente", razón por la cual su madre, quien había sido designada como curadora principal en proceso de interdicción, presentó la petición que ahora ocupa la atención de la Sala, haciendo uso de la figura del "consentimiento sustituto", avalado en la Sentencia T-970 de 2014, para los casos en que la persona se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento, "en estos casos y en aras de no prolongar su sufrimiento, la familia, podrá sustituir su consentimiento. En esos eventos, se llevará a cabo el mismo procedimiento establecido en el párrafo anterior, pero el comité interdisciplinario deberá ser más estricto en el cumplimiento de los requisitos". || Sin embargo, la misma Resolución 1216 de 2015, en su artículo 15, tal como quedó expuesto en el apartado 6.1.6, condiciona el consentimiento sustituto a que el paciente haya expresado su voluntad de someterse a tal procedimiento de forma previa y que haya quedado constancia escrita de ello, en documento de voluntad anticipada o testamento vital, haciendo nugatoria la figura, tal como quedó recogida en el fallo antes citado, y poniendo en una situación de desventaja o discriminación a los pacientes incapacitados para hacer tal manifestación, frente a la protección de su derecho a morir con dignidad (…). Por lo tanto, será necesario que se hagan las modificaciones pertinentes en la resolución 1216 de 2015, atendiendo los parámetros delineados en la Sentencia T-970 de 2014, en acatamiento de la cual se expidió aquella".

48 M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. SV. Cristina Pardo Schlesinger.

el acceso a la eutanasia. Esta autoridad cumplió lo ordenado mediante Resolución 825 de 2018, cuyo contenido se reseña en el Anexo II de esta providencia. No corresponde a la Corte Constitucional evaluar en el presente caso el contenido de la resolución; sin embargo, es claro que la administración dictó un instrumento en un contexto interdisciplinar a partir de las pautas centrales establecidas por esta Corporación.

De igual manera, la Corte Constitucional ha discutido al menos en cuatro oportunidades (casos de Julia, lmmf, María Liria y Francisco) la posibilidad y las condiciones de admisión del consentimiento sustituto para acceder a un servicio específico que conduzca a la muerte digna. La Corte considera válida esta posibilidad, 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. Así, el caso de lmmf, en el cual las entidades de salud omitieron los servicios de cuidados paliativos, al igual que el de acceso a la muerte digna, fue el origen de la regulación actual del Ministerio de Salud en torno a los contratos de voluntad anticipada, contenida en la Resolución 2665 de 2018. Estas manifestaciones son válidas desde los catorce años de edad actualmente en Colombia y están regidas por algunas formalidades menores, destinadas a asegurar en la mayor medida de lo posible el carácter inequívoco de la manifestación de voluntad.

Es necesario señalar que desde distintos sectores, e incluso en votos particulares dentro de las sentencias de esta Corporación, se han planteado cuestionamientos relevantes en torno al consentimiento. Así, por una parte, se ha afirmado que el consentimiento dado por una persona en graves condiciones de salud nunca es realmente libre, pues estas condiciones obnubilan su pensamiento; y, por otra, se han cuestionado las manifestaciones previas, debido a que la persona siempre podría cambiar de opinión en momentos en que la muerte aparece cercana.

La Sala Plena es consciente de estas dificultades. Sin embargo, ha intentado asumirlas con base en aspectos que considera relevantes, no solo en el plano jurídico, sino también 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 sujeto menguado en su conciencia y autonomía y respetar al máximo sus decisiones, siempre que las adopte en un escenario de información plena, adecuada y respetuosa de sus intereses, bajo la orientación médica, pero no bajo su tutela.

La Sala encuentra relevante mencionar, con el propósito de construir un argumento analógico, que el derecho internacional de los derechos humanos ha modificado de manera notoria, incluso radical, su concepción sobre la discapacidad y los derechos de las personas en situación de discapacidad49. Así, ha transitado históricamente desde una posición de rechazo por la población afectada por determinadas condiciones médicas, pasando por la pretensión de rehabilitación médica, hasta llegar al máximo respeto por su autonomía y capacidad.

Este nuevo paradigma, concebido como el enfoque social de la discapacidad enseña que es la sociedad la que debe adaptarse para incluir a todas las personas, garantizando su participación en las decisiones que las afectan, de acuerdo con el lema nada de nosotros sin nosotros, y adoptando los ajustes razonables en función de la diversidad funcional de cada persona.

De manera análoga, en el ámbito de la medicina algunos autores constatan una transformación en la relación entre el médico y el paciente, marcada precisamente por el

---

49 En ese sentido, Cfr. la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, ratificada mediante la Ley 1346 de 2009, cuya revisión de constitucionalidad fue llevada a cabo por la Corte Constitucional en Sentencia C-293 de 2010. M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

respeto hacia la autonomía del segundo. Esta relación entonces dista de la tutoría o de la definición del mejor interés del paciente por parte del profesional de la medicina, y se ubica en la pretensión de hallarlo en el diálogo entre ambos.

El consentimiento sustituto no se produce en un escenario ideal, sino en situaciones en las que el paciente se encuentra en estado de inconciencia. La Corte Constitucional ha considerado que este resulta válido, de forma excepcional, y a partir de una verificación especialmente rigurosa de los demás requisitos para el acceso al servicio de tránsito a la muerte digna.

Este es el lugar del consentimiento sustituto. Un reconocido autor de teoría del derecho ha expresado que nuestros intereses vitales, críticos o existenciales exigen dar valor al momento final de la existencia, y que deberían informar la manera en que cruzamos el umbral entre la vida y la muerte; y que son nuestras familias y allegados más cercanos (redes de apoyo) quienes pueden comprender mejor cómo enfrentaríamos, asumiríamos e incluso re crearíamos estas aspiraciones en el proceso final, lo que explica la relevancia del consentimiento sustituto50.

Por último, el cuestionamiento al consentimiento manifestado de manera previa a la enfermedad, en ocasiones muchos años antes de que ocurra el evento fisiológico o psicológico que determina la decisión de morir, y el cómo hacerlo, es básicamente una hipótesis imposible de comprobar y que, por lo tanto, no parece apta para desconocer el hecho positivo del consentimiento previo, sin perjuicio de que, en casos muy especiales existan controversias al respecto (por ejemplo, cuando los allegados, con argumentos fácticos muy serios, consideran que hay elementos de juicio que deberían conducir a la conclusión de que la posición de la persona ha cambiado). Nada obsta para que estos casos extremos sean analizados por los comités interdisciplinarios y, de ser el caso, por los jueces de tutela.

En esta oportunidad, además de todo lo expuesto, la Sala destaca y aborda también la relación entre el derecho fundamental a morir dignamente y el derecho fundamental a la salud.

III: El derecho fundamental a morir dignamente a la luz de los principios que orientan el derecho fundamental a la salud

La Corte Constitucional ha destacado, en todas las decisiones citadas, la relación del derecho a morir dignamente con el derecho a la vida y a la dignidad, en especial, en la dimensión de autonomía. En esta ocasión, la Sala Plena considera pertinente, a partir del conocimiento acumulado y plasmado en la línea jurisprudencial recién expuesta, explicar su relación con el derecho a la salud.

La jurisprudencia constitucional ha abordado en un amplísimo número de pronunciamientos el alcance, contenido y límites del derecho a la salud; y, en este escenario, dictó también una de las sentencias más relevantes para la comprensión del concepto de derechos fundamentales en nuestra Constitución Política (Sentencia T-760 de 2008)51.

El derecho a la salud es concebido en la Constitución Política y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos como la posibilidad de gozar del nivel más alto posible de bienestar físico, fisiológico y psicológico. El derecho a la salud tiene un amplio conjunto de facetas: algunas negativas, como la prohibición de discriminación en el acceso a los servicios de salud, y otras positivas, que se traducen en la pretensión válida de acceder a servicios y prestaciones específicas, siempre que sean necesarias para alcanzar el bienestar mencionado.

---

50 Al respecto, El Dominio de la vida, Ronald Dworkin, 1994. Ed. Ariel, Barcelona.

51 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

Debido a la complejidad del derecho a la salud se hace necesaria una infraestructura institucional, técnica y científica adecuada para la prestación de los servicios de salud; por eso, la Corte Constitucional resaltó desde las primeras sentencias la importancia de que estos aspectos sean definidos por los órganos de configuración política, en especial, por el Congreso en lo que tiene que ver con los elementos estructurales del derecho y el sistema; y la Administración Pública en lo relacionado con la definición de los planes de salud y las condiciones de prestación eficaz y eficiente del servicio.

En armonía con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos la Corporación ha considerado relevante para la comprensión del derecho su división esquemática en cuatro facetas: la disponibilidad que se refiere a la existencia de suficientes bienes, servicios, profesionales y centros de atención a la salud; la accesibilidad, que tiene una dimensión física, es decir, que los servicios estén en términos geográficos al alcance de toda la población y, en especial de la población vulnerable, una dimensión económica que se refiere a la asequibilidad del servicio, e incorpora el mandato de no discriminación; la aceptabilidad, que involucra estándares éticos, apropiación cultural de los servicios e inclusión de enfoques diferenciales, como el de género, el etario o el étnico; y la calidad, es decir, que los servicios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

Es necesario profundizar en torno a la relación entre el derecho fundamental a morir dignamente y el derecho fundamental a la salud, porque las dimensiones de este último (la salud) son también predicables del primero (el derecho a morir dignamente). Una vez se enfatiza en este nexo es posible comprender por qué la mayor parte de las decisiones que ha dictado la Corte han terminado en la declaración del daño consumado por el sufrimiento en que se ha mantenido a personas que tenían derecho al acceso a la muerte digna.

El derecho a morir dignamente es un puente humanitario entre la vida y la muerte construido mediante servicios o prestación de salud, o, de ser el caso, mediante su omisión (en sus dimensiones de cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico o prestaciones específicas para morir). Mientras no exista la regulación de los elementos estructurales del derecho por vía estatutaria el puente se sostendrá en los fundamentos mínimos que puede establecer este Tribunal, los cuales tienen la fuerza normativa de la Constitución, pero serán siempre exiguos, pues se definen sin contar con la información suficiente, el concurso de expertos, el tiempo necesario para una deliberación profunda y la legitimidad democrática del Congreso de la República.

En ese sentido, la regulación actual permite a algunas personas hacer el tránsito dignamente; pero esta regulación ha surgido cada vez que una persona (Julia, Francisco o Sofía) ha muerto en la orilla, obligada a servir como cimiento para ensanchar y fortalecer el puente. Por eso, aunque la Corte mantiene su posición inicial sobre la necesidad de la intervención legislativa, admite que debe existir una articulación entre el juez constitucional y la administración para que los servicios se hagan efectivos, aún sin ausencia de esta regulación. La adecuación de esa regulación deberá asumirse a la luz de las cuatro dimensiones del derecho a la salud.

En lo que tiene que ver con el análisis de los cargos, la Sala tomará en consideración la información empírica remitida por la Superintendencia de Salud, así como algunos aspectos de la regulación administrativa actual para determinar cuáles son las barreras de acceso más notorias y, de ser el caso, adoptar medidas adicionales para superarlas.

IV. Resolución del problema jurídico

A continuación, la Sala resolverá el problema jurídico propuesto por la demanda en torno al artículo 106 de la Ley 599 de 2000, por la cual se dicta el Código Penal. En ese sentido, establecerá si el artículo 106 del Código Penal que prevé el delito de homicidio por piedad, desconoce la dignidad humana, en sus dimensiones de vivir como se quiera o respeto por la

autonomía del ser humano y vivir sin humillaciones, o garantía a la integridad física y moral del ser humano.

Con ese propósito, la Sala comenzará por (i) identificar los elementos del tipo penal objeto de la censura constitucional; después, como premisa central y transversal del análisis, (ii) se referirá a la doble dimensión del problema jurídico, entre el ejercicio de ius puniendi y el acceso al derecho fundamental a morir dignamente; después, (iii) presentará algunas reflexiones en torno al derecho comparado y la regulación legal y administrativa vigente; y (iv) resolverá el problema jurídico formulado, en torno a dos de las dimensiones de la dignidad humana: la autodeterminación y la integridad o el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos, crueles y degradantes.

En este acápite se presentarán algunas consideraciones sucintas acerca de la interpretación de la norma penal acusada en este trámite, la regulación de la eutanasia o los servicios para el acceso a la muerte digna en el derecho comparado, y los datos disponibles acerca de la prestación de los servicios correspondientes en Colombia, en particular, aquellos específicamente destinados a que la persona realice, mediante una acción u omisión, suya o de un tercero, el tránsito a la muerte.

El acercamiento al tipo penal de homicidio por piedad es imprescindible para comprender la naturaleza del problema jurídico planteado, al igual que la legitimidad del uso del derecho penal en este contexto. El derecho comparado, si bien no ofrece conclusiones contundentes acerca de la existencia de un consenso en el mundo en torno a la muerte digna y sus distintas maneras de concreción, sí ofrece elementos para comprender el alcance de las discusiones que han surgido en un proceso progresivo de apertura hacia un mayor respeto a la autonomía del paciente y, por lo tanto, hacia la permisión de prácticas eutanásicas.

El control de constitucionalidad supone un juicio de conformidad entre las normas legales y las de la Constitución, de mayor jerarquía. En ese sentido, como contexto del análisis de los cargos propuestos, se hará una breve referencia al contenido y alcance del artículo 106 del Código Penal, es decir, al tipo penal de "homicidio por piedad".

Para comenzar, este delito se encuentra en el Título I del Libro Segundo del Código Penal, que define los delitos contra la vida y la integridad personal, bienes jurídicos con un contenido específico y autónomo52. Entre las formas de protección del bien jurídico de la vida que prevé el derecho penal se encuentran, el delito de homicidio doloso (Art. 103 de la cp) y sus agravantes (Art. 104 de la cp), el feminicidio (Art. 104A de la cp); la muerte de hijo fruto de acceso carnal violento, abusivo, o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas (Art. 108 de la cp), el homicidio culposo (Art. 109 de la cp), el homicidio por piedad (Art. 106 de la cp) y la inducción o ayuda al suicido (Art. 107 de la cp).

A. Homicidio por piedad (Art. 106, Ley 599 de 2000)

---

52 Tal y como señala Claus Roxin, si bien la doctrina no ha alcanzado un acuerdo en torno a lo que debe entenderse por "bien jurídico", al punto que pueda llegar a ofrecerse una delimitación jurídica fundada y satisfactoria de su contenido, como punto de partida se advierte que "un concepto de bien jurídico vinculante políticocriminalmente sólo se puede derivar de los cometidos de la Ley Fundamental [Constitución]". Ante lo cual se precisa que "los bienes jurídicos son circunstancias dadas o finalidades que son útiles para el individuo y su libre desarrollo en el marco de un sistema global estructurado sobre la base de esa concepción de los fines o para el funcionamiento del propio sistema". Roxin, C. (1997) Derecho Penal. Parte General. Tomo I. Fundamentos La estructura del delito. Trad. Luzón, M. Díaz, García Conlledo M. Remesal, J. Civitas. 2ª Edición. En el ámbito local se han definido como "todos aquellos presupuestos o condiciones materiales reales que se tornan indispensables para la autorrealización y el desarrollo de la persona en vida social, así como su relación en comunidad. Además, abarcan las obligaciones jurídicas derivadas de las normas creadas por el legislador para proteger las relaciones sociales materiales". Posada, R. (2019) Delitos Contra La Vida y La Integridad Personal. Vol. II Segunda edición, Ediciones Uniandes.

El tipo penal de homicidio por piedad se encuentra tipificado en el artículo 106 del Código Penal, de la siguiente forma:

"El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses".

Sin embargo, la realización de la conducta tipificada se encuentra justificada y ausente de responsabilidad penal, en tanto se den las condiciones de consentimiento por parte del sujeto pasivo, cuando la intervención del sujeto activo se realice por un profesional médico y cuando se da en el marco de una enfermedad terminal diagnosticada.

Por otro lado, el tipo penal se considera de carácter autónomo,53 y desplaza en términos de tipicidad y punibilidad a otros tipos penales tales como el homicidio simple y agravado. Este desplazamiento se entiende razonable a partir del análisis de la motivación del sujeto activo, es así como el homicidio por piedad presenta un elemento volitivo importante de evaluación entendido como el fin altruista y solidario por el cual se comete la conducta.

En este sentido, si bien la conducta es materialmente antijurídica, en términos del principio de culpabilidad y en razón al derecho penal de acto, la Corte Constitucional en la Sentencia C-239 de 1997 entendió justificada la decisión del Legislador de prever una pena considerablemente inferior a la que se prevé para otras conductas que atentan contra la vida como bien jurídico tutelado.

Respecto de los elementos del tipo penal, es necesario precisar que el sujeto activo se encuentra indeterminado en tanto la expresión "el que" implica que la conducta es susceptible de ser cometida por cualquier persona natural, de manera que no se exige una cualificación especifica del sujeto activo y mucho menos una relación especifica entre éste y el sujeto pasivo. Respecto de las formas de responsabilidad de los sujetos activos, el tipo penal admite otras formas de autoría y participación; entiéndase coautoría, determinación o complicidad.

Ahora bien, respecto del sujeto pasivo, es importante comprender que la conducta requiere, al menos, las siguientes condiciones específicas en el sujeto pasivo: (i) padecer sufrimientos intensos derivados de una lesión corporal; y (ii) enfrentar una enfermedad grave e incurable54. En otras palabras, debe ser una persona en condiciones de salud consideradas

---

53 El Código Penal de 1936 establecía en su Artículo 368: "El que ocasione la muerte a otro con su consentimiento, estará sujeto al a pena de tres a diez años de presidio". La norma que positivizó la conducta de manera autónoma fue el artículo 364 de la Ley 95 de 1936: "Si se ha causado el homicidio por piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones personales, reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por prisión o arresto y aun aplicarse el perdón judicial". El Decreto 100 de 1980, artículo 326 dispuso: "El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años".

54 En la normatividad colombiana relacionada con el derecho fundamental a morir con dignidad no hay una definición de enfermedad grave e incurable, sino de conceptos similares. Un común denominador, es que la calificación (i.e. diagnóstico) de la enfermedad -cualquiera sea su denominación- debe ser realizada por un médico experto. En ese marco, la Ley 1733 de 2014 tiene dos conceptos: (i) Una persona con enfermedad en estado terminal es aquella que tenga "una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve (…)". (Art. 2°, subrayas no originales). Esta misma definición es reproducida en las resoluciones 1216 de 2015 (Art. 2°) y 2665 de 2018 (Art. 2). // (ii) Se entiende por enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida aquella "que es de larga duración, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma adecuada por un médico experto". (Art. 3°).

Por su parte, la Resolución 825 de 2018 establece que se entiende por enfermedad y/o condición en fase terminal aquella en la que "concurren un pronóstico de vida inferior a 6 meses en presencia de una enfermedad

extremas en razón a las consecuencias que se proyectan sobre su bienestar clínico.

En términos del bien jurídico tutelado, el homicidio por piedad protege la vida como un bien jurídico y valor de especial relevancia y, a su vez, resguarda la dignidad de la persona; por lo tanto, se constituye en un tipo penal pluriofensivo. Así mismo, el objeto sobre el cual recae la conducta es el cuerpo del sujeto pasivo, y el verbo rector simple se refiere a matar. Es un tipo penal cuya conducta puede ser ejercida a través de la acción o de la omisión impropia, esto es, por ejemplo, mediante el abandono de la persona enferma con finalidad de ocasionar la muerte por motivos piadosos, por parte de quien ostente una posición de garante.

Finalmente, el análisis subjetivo del tipo penal establece que la conducta requiere (i) el dolo directo del sujeto activo; (ii) un fin adicional al dolo de querer matar; y (iii) un motivo especial entendido como piedad. De esta forma, el homicidio requiere que el sujeto activo conozca claramente la situación del sujeto pasivo y bajo dicho conocimiento quiera de manera inequívoca que la conducta se lleve a cabo en el marco de la necesidad de ponerle fin al sufrimiento intenso de la víctima. La piedad como motivación permite que este tipo penal sea autónomo.

B. Reflexiones del derecho comparado acerca del derecho a morir dignamente

La Sala Plena efectuó una revisión del derecho comparado en torno al homicidio por piedad, el suicidio asistido y la prestación de servicios para la muerte digna en el derecho comparado. La situación de cada uno de los quince ordenamientos jurídicos consultados, que se incorpora como Anexo I a esta providencia, permite extraer las reflexiones que a continuación se presentan.

Una observación inicial al derecho comparado parece no llevar a una conclusión concreta acerca del papel que desempeña la enfermedad terminal como posible condición para la eutanasia, bien sea mediante la figura del suicidio asistido, bien mediante otro tipo de actuación médica para el tránsito a la muerte. Sin embargo, es posible extraer algunas conclusiones cuya relevancia será analizada más adelante. Primero, mientras que en 1997 (año al que se hace referencia a raíz de la Sentencia C-239 de 1997) solamente dos países en el mundo permitían el acceso al derecho a la muerte digna (Bélgica y Países Bajos, así como el Estado de Oregón en los Estados Unidos de América), actualmente doce países permiten el ejercicio del derecho a morir dignamente (Alemania, Australia55, Austria, Bélgica,

---

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". (Art. 2.4). También prevé que es al médico tratante a quien corresponde establecer si la enfermedad o condición se encuentra en fase terminal (Art. 8.3.1.)

La Resolución 229 de 2020 trae un glosario (Art. 4.5.1.1.) en el que se destacan los siguientes términos y definiciones: "e) 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. // f) 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".

Finalmente, la regulación más reciente, contenida en la Resolución 973 de 2021 también contempla las dos definiciones mencionadas en sus artículos 3.6. y 3.7., respectivamente.

A manera de ilustración, cabe mencionar que en la reciente Ley orgánica española 03/2021, sobre la muerte digna, se encuentra una definición de ese concepto: "la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva". (Art. 3°.c de la Ley Orgánica 3 de 2021).

55 Estados de Tasmania, Victoria y Western Australia.

Canadá, Colombia, España, Luxemburgo, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suiza, y diversos estados de los Estados Unidos de América56). El origen de este derecho se encuentra en leyes o en pronunciamientos judiciales (Alemania, Austria y Colombia). Además, cuatro países tienen proyectos de ley en trámite (Chile, Francia, Irlanda y Portugal), y dos de ellos (Chile y Portugal) han alcanzado un momento cercano al perfeccionamiento y entrada en vigencia.

Toda regulación sobre la eutanasia tiene como elemento central el consentimiento o la voluntad del paciente, y ello implica diferencias en torno a la edad admitida para consentir o expresar la voluntad, la validez de la manifestación anticipada o la exigencia de reiterar (una o dos veces) la solicitud de acceso a la muerte digna. Algunos países exigen condiciones de ciudadanía, residencia o afiliación a la seguridad social, las cuales tienen que ver principalmente con el funcionamiento de los sistemas de prestación de servicios de salud de cada país.

En torno a las condiciones de salud que se exigen, se presentan también diversos diseños. Sin embargo, es posible observar que las decisiones judiciales de Alemania y Austria, de 2020, han llegado a una prevalencia casi definitiva de la autonomía sobre las condiciones objetivas de salud. En estos ordenamientos, la voluntad y el consentimiento pueden darse en cualquier fase de la existencia, y no es penalizable ni el homicidio por piedad ni la ayuda al suicidio siempre que exista prueba del consentimiento.

En especial, para el Tribunal Constitucional alemán, "La garantía de la dignidad humana comprende particularmente la protección de la individualidad, identidad e integridad de la persona. Cada persona tiene derecho a ser valorada y respetada por la sociedad. La dignidad humana hace patente que sea inadmisible convertir a una persona en un objeto de la acción estatal o, a su vez, exponerla a un tratamiento que generalmente cuestiona su calidad como sujeto consciente. En consecuencia, la inalienabilidad de la dignidad humana implica que cualquier ser humano sea incondicionalmente reconocido como un individuo con responsabilidad personal. Las garantías derivadas del derecho a la personalidad otorgan alcance a la noción de la determinación propia y autónoma. Estas hunden sus raíces en la dignidad humana al asegurar las condiciones básicas para que el individuo encuentre, desarrolle y proteja su identidad, precisamente, en el marco de la autodeterminación; asimismo, que la persona pueda controlar su propia vida, en sus propios términos, y que no sea forzada a adoptar formas de vida que resulten irreconciliables con su idea sobre sí"57.

En ese contexto, "la decisión de poner fin a la vida propia tiene un significado de lo más vital para la existencia de uno. Refleja la identidad personal de uno y es una expresión central de la persona capaz de autodeterminación y de responsabilidad personal. Para el individuo, el propósito de la vida, y si y por qué razones podría considerar terminar con su propia vida, es una cuestión de creencias y convicciones muy personales." La decisión en torno a la muerte autodeterminada, en tanto manifestación de la personalidad, no puede limitarse al derecho a rechazar por propia voluntad "tratamientos de soporte vital y entonces dejar [así] que una enfermedad terminal siga su curso." Por el contrario, para el Tribunal Alemán, el derecho a una muerte autodeterminada también comprende los casos en los que el individuo decide quitarse la vida, pues aquel "garantiza que el individuo pueda determinar su destino

---

56 Estados de California, Colorado, Distrito de Columbia, Hawái, Maine, Montana, Nueva Jersey, Nuevo México, Oregón, Vermont y Washington.

57 Vere, BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. February 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343, http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html; versión en Inglés, disponible en https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226_2bvr234715en.html

de forma autónoma de acuerdo con sus ideas sobre sí mismo y, por lo tanto, pueda proteger su personalidad”58.

Para el citado Tribunal Constitucional, dado que el derecho a la muerte autodeterminada forma parte del dominio más íntimo del individuo, éste “no se limita a enfermedades graves o incurables, ni se aplica solo a ciertas etapas de la vida o enfermedad.” Ello, pues la restricción de su alcance equivaldría “a una valoración de los motivos de la persona que busca poner fin a su propia vida y, por lo tanto, una predeterminación sustantiva, que es ajena a la noción de libertad”59.

España tiene una regulación más o menos compleja, que incorpora los conceptos de enfermedad grave, progresiva, sin pronóstico de cura. Aunque, en principio, no incorpora el concepto de enfermedad terminal sí ordena que intervengan dos médicos cuando el pronóstico de muerte próxima no es contundente. Cinco de las regulaciones consultadas exigen explícitamente la condición terminal para acceder a servicios y omisiones médicas hacia una muerte digna (Chile, Estados Unidos, Francia, Irlanda y Nueva Zelanda), como actualmente ocurre con Colombia.

Aún más, en los países que incorporan la condición de enfermedad terminal existen divergencias en torno a su significado, de modo que dos de los países mencionados establecen el término de menos de seis meses (Estados Unidos y Nueva Zelanda), dos lo asocian a enfermedad progresiva e incurable sin pronóstico de cura, de modo que no incorpora propiamente una condición temporal (Francia e Irlanda); el proyecto de ley de Chile se refiere a pronóstico de muerte próxima.

Llama la atención de la Sala el caso de Portugal, donde el trámite de ley se encuentra en su etapa final, pero no ha entrado en vigencia debido a objeciones de inconstitucionalidad presentadas por el Presidente ante el Tribunal Constitucional por dos razones60, entre las que se destaca la indeterminación de los conceptos de “daño definitivo de extrema gravedad de acuerdo con el consenso científico” que, por su imprecisión no permite delimitar, con el rigor indispensable, las situaciones de la vida en las que puede ser aplicado, aun considerando el contexto normativo del que es parte.

Como se explicó al analizar el cambio de contexto en la comprensión de la muerte digna, y al comienzo de esta reflexión, la situación del derecho comparado no permite evidenciar una posición única en torno al problema jurídico planteado a la Sala Plena en esta ocasión. En cambio, demuestra una apertura progresiva y paulatina hacia la prestación de servicios para la muerte digna, y la posible atenuación de las distinciones en el trato jurídico que se le da al homicidio por piedad y la ayuda o inducción al suicidio (más conocida en el derecho comparado como suicidio asistido). Algunos tribunales (en especial, los de Alemania y Austria) han considerado necesario eliminar el concepto de enfermedad terminal, bien porque

---

58 Ibidem.

59 Ibidem.

60 El Presidente consideró que el proyecto de ley (i) contenía expresiones que desconocían los principios de legalidad y tipicidad penal, y (ii) exigía un pronunciamiento sobre el alcance de la libertad de limitar el derecho a la vida, interpretado según el principio de la dignidad humana. Sobre este último punto, el Tribunal Constitucional indicó que la inviolabilidad de la vida humana no era un obstáculo insuperable, ya que el derecho a vivir no puede transformarse en un deber de vivir en toda circunstancia, lo que desconocería además la autonomía personal en situaciones extremas de sufrimiento. Por otra parte, señaló que el concepto “sufrimiento intolerable” aunque es indeterminado es determinable de acuerdo con las reglas de la profesión. No sucedía lo mismo con el concepto de “daño definitivo de extrema gravedad de acuerdo con el consenso científico” que, por su imprecisión no permite delimitar, con el rigor indispensable, las situaciones de la vida en las que puede ser aplicado. El Tribunal destacó que las condiciones en las que se permita la anticipación de la muerte asistida médicamente deben ser claras, precisas, anticipables y controlables.

encuentran imperativo aumentar el margen de auto determinación al final de la vida, bien por problemas operativos y prácticos en su aplicación, bien por razones asociadas a la vaguedad de la expresión.

El derecho a morir dignamente tiene varias facetas y dimensiones. Entre las que atañen a la prestación u omisión de servicios médicos es importante destacar (i) los cuidados paliativos, cuya misión es evitar al máximo el dolor o mantener al máximo el bienestar del paciente cuando no existen alternativas terapéuticas de sanación; y (ii) la adecuación del esfuerzo terapéutico, que se concreta en la posibilidad de no realizar tratamientos que supongan un desgaste excesivo para el paciente, que lo martirice sin expectativas reales de propiciar su bienestar. Esta se puede concretar en la suspensión de medidas de soporte vital.

C. Reflexiones sobre la regulación legal y reglamentaria del derecho fundamental a morir dignamente

El marco normativo colombiano relacionado con el acceso al derecho fundamental a morir con dignidad desarrolla con mayor precisión los tres elementos fijados desde la Sentencia C-239 de 1997 para acceder al procedimiento que garantice el derecho a una muerte digna (que el paciente manifieste su consentimiento, el procedimiento sea realizado por un médico y la enfermedad esté en fase terminal), para lo cual contempla ciertos tipos de definiciones, como las relativas a las "enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles" y "enfermedad en fase terminal". Además, ha desarrollado hasta cierto punto el modo de hacer operativos algunos elementos para ejercer el derecho, como la forma de dar el consentimiento, su evaluación por los profesionales en medicina o el estado de la enfermedad.

No obstante, en relación con este último concepto no hay un criterio unívoco, por cuanto la Ley 1733 de 2014 y las resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social establecen diversos lapsos para definirlo, aunque las dos últimas se orientan a establecer un período de 6 meses. En ese sentido, la Resolución 825 de 2018 habla de "un pronóstico de vida inferior a 6 meses"; en tanto que la Resolución 971 de 202161 se refiere a la enfermedad avanzada, progresiva e incontrolable, sin posibilidades de respuesta al tratamiento, que genera sufrimiento físico-psíquico, cuyo "pronóstico de vida es inferior a 6 meses".

Las distintas normas coinciden en que la enfermedad debe ser verificada por el médico tratante y confirmada por un comité científico-interdisciplinario, cuya conformación se encuentra precisada en las mismas resoluciones.

Adicionalmente, la normatividad establece que, sin excluir la muerte digna, las personas también tienen derecho a cuidados paliativos y a evitar tratamientos médicos innecesarios, con el propósito de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento. De igual manera, que los familiares del paciente tienen ciertos derechos (v.gr. apoyo médico, social, espiritual y psicológico).

Por otra parte, la normatividad actual (Ley 1733 de 2004, resoluciones 825 de 2018, 2663 de 2017 y 971 de 2021), prevé el procedimiento y los plazos para acceder a una muerte digna, los cuales se encuentran orientados por ciertos principios (prevalencia de la autonomía, celeridad, oportunidad e imparcialidad) y, en todo caso, teniendo como eje la voluntad del paciente, tanto para acceder a los tratamientos, como para desistir de los mismos. En particular, el marco normativo determina que el consentimiento debe ser expresado de manera libre, informada e inequívoca, y que incluso puede ser previo, para lo cual se establece la posibilidad de otorgar testamentos vitales o "documentos de voluntad

61 Esta resolución fue expedida durante el trámite de revisión de la acción pública de inconstitucionalidad y derogó la Resolución 1216 de 2015, que contenía los elementos centrales derivados de los exhortos de la Corte Constitucional.

anticipada" (regulados detalladamente en la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud). En ciertas circunstancias, también se permite el consentimiento sustituto.

En cuanto a las personas que tienen derecho a una muerte digna se encuentran las personas mayores de edad (Resolución 971 de 2021), y los niños, niñas y adolescentes (Resolución 825 de 2018) mayores de 12 años y menores de 18 y, en determinadas condiciones, los mayores de 6 años y menores de 12 (si tienen un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional, y un concepto de muerte que alcance el nivel esperado para un niño mayor de 12 años). Tratándose de niños y niñas de 6 a 14 años, es obligatoria la concurrencia del consentimiento de quien o quienes ejerzan la patria potestad.

De otro lado, la normatividad colombiana prevé deberes para los médicos (también el derecho que tienen, como personas naturales, a objetar por conciencia), y obligaciones para las diferentes instituciones que intervienen en el procedimiento: los comités científico-interdisciplinarios, las Instituciones Prestadoras de Salud (ips), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (eapb), la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

D. Algunos datos empíricos aportados por la Superintendencia Nacional de Salud en torno al acceso (y las barreras de acceso) a servicios para acceder a la muerte digna

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, estos son los "procedimientos eutanásicos" realizados en el país (mayores de edad) durante los últimos años:

Procedimientos realizados en el país para el acceso a la muerte digna

(2015-2020)

Año	No oncológicos	Oncológicos	Total
2015	1	3	4
2016	1	6	7
2017	2	14	16
2018	1	22	23
2019	5	30	35
2020	0	7	7
Total	10	82	92

Gaceta N° 648 de 10 de agosto de 2020, p. 6 62.

De esa información se destacan los siguientes datos.

62 Estos datos fueron suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social en respuesta a una petición presentada por la UTL del Representante Juan Fernando Reyes Kuri. La Unidad de Trabajo Legislativo del Representante a la Cámara Juan Fernando Reyes Kuri compiló esos datos a partir de la respuesta que dio el Ministerio de Salud y Protección Social a un derecho de petición. Estos datos fueron utilizados en la exposición de motivos del proyecto de ley estatutaria N° 063 de 2020, por el cual se pretendía establecer disposiciones generales para el acceso al derecho a morir dignamente bajo la modalidad de eutanasia (ver Gaceta N° 648 de 10 de agosto de 2020, p. 6). El proyecto de ley fue radicado el 20 de julio de 2020, y aprobado en el primer debate pero no en el segundo (en la plenaria de la Cámara de Representantes).

Entre los años 2015 y 2020 se han realizado 92 procedimientos médicos para el acceso a la muerte digna; 82 de ellos para enfermos oncológicos y 10 para no oncológicos. Solo uno de estos procedimientos se realizó por manifestación del consentimiento sustituto. Ocurrió en 2018 y la recibió un paciente oncológico.

Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social solo cuenta con el registro de las solicitudes que se hacen efectivas, de manera que, en principio, no se conoce el número total de solicitudes. Aún así, este reportó ante el Congreso de la República que la relación entre solicitudes y procedimientos realizados en una institución de cuarto nivel es de seis procedimientos por cada 15 solicitudes (es decir, se concreta un 40% de las peticiones). Esta cifra surgiría de la información remitida por los comités interdisciplinarios encargados de verificar el cumplimiento de los requisitos para el acceso a servicios para la muerte digna al Ministerio63.

Las enfermedades oncológicas que originan la mayor cantidad de solicitudes son (i) tumores malignos de origen gastrointestinal, que incluyen los de páncreas, hígado, estómago y colon; (ii) los tumores malignos de pulmón o bronquios y (iii) los tumores malignos de ovario o cérvix. La enfermedad no-oncológica que suscita el mayor número de peticiones es la esclerosis lateral amiotrófica - ela (75% de los casos).

De los 92 procedimientos realizados y reportados al Comité Interno del Ministerio, 73 de ellos utilizaron el 'Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia', de 201564, y cuentan con una explicación detallada acerca de los medicamentos utilizados, el tiempo de latencia y la dosis. En los 19 restantes no se reportaron los medicamentos empleados y el Ministerio señaló que ha efectuado las recomendaciones pertinentes65.

A su turno, la Superintendencia de Salud, en su intervención dentro de este proceso de constitucionalidad, explicó que ha recibido un total de 38 quejas, reclamos o solicitudes asociadas a la aplicación de procedimientos para el acceso a la muerte digna.

Los principales motivos de estas quejas son (i) la demora para la autorización de los procedimientos, así como (ii) la falta de oportunidad para la asignación especializada, seguidos por (iii) la tardanza en la autorización de los procedimientos y medicamentos no incluidos en los planes básicos de salud. También son recurrentes (iv) las quejas originadas en el seguimiento a derechos de petición, (v) la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención, (vi) la demora o ausencia de autorización de cirugías o de entrega de medicamentos excluidos de los planes básicos de salud. Llama también la atención de la Sala (vii) la existencia de un conjunto de quejas asociadas a problemas de información sobre los servicios, los derechos, deberes y trámites para el acceso a la muerte digna.

En síntesis, la información evidencia que las principales barreras de acceso a los servicios dirigidos a la muerte digna se encuentran en demoras en la prestación del servicio, dificultades para autorizar tratamientos, medicamentos, cirugías o procedimientos de salud y, finalmente, la ausencia de información. En la tabla que sigue se presenta el reporte de

---

63 Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; Gaceta N° 648 de 10 de agosto de 2020, p. 6.

64 Se infiere que hacen referencia al Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia; 2015. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Fundación Meditech. Este es un instrumento orientado a recoger las mejores recomendaciones para la práctica clínica, a partir de un consenso entre expertos, con participación de pacientes y cuidadores. Disponible en

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf (recuperado, 11 de junio de 2021).

65 Gaceta N° 648 de 10 de agosto de 2020, p. 7.

quejas recibidas por la Superintendencia Nacional de Salud a la Corte Constitucional en el período 2018-2020:

Peticiones, quejas, reclamos y solicitudes ante la Superintendencia Nacional de Salud (2018-2020)

n°	Motivos especificos	1	2019	2020	Total
1	Demora de la autorización de procedimientos pbs	0	4	2	7
2	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	0	3	4	7
3	Demora de la autorización de procedimientos no-pbs	0	5	1	6
4	Demora de la autorización de medicamentos no-pbs	3	1	3	4
5	Seguimiento a derechos de petición	0	0	0	3
6	No aplicación de normas, guías o protocolos de atención	1	1	2	3
7	Demora de la autorización de cirugía no pbs	1	1	0	2
8	Usuario desinformado frente al servicio de atención en salud que le están prestando	1	0	1	2
9	Deficiente información sobre derechos, deberes y trámites	0	1	0	2
10	Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no pbs		0	2	2
Total		7	16	15	38

Intervención de la sns dentro del trámite D-14043

E. La doble dimensión del problema jurídico como premisa que atraviesa el análisis del cargo

Como se ha explicado, el problema jurídico objeto de estudio tiene dos dimensiones. Una, relacionada con el castigo penal, y otra, asociada al acceso a un derecho fundamental. La respuesta al problema jurídico supone identificar la línea que separa un ámbito de otro.

Entre el castigo penal y el derecho fundamental se extiende una frontera marcada por las condiciones en las cuales la conducta está justificada. Trazar esta línea constituye una delicada responsabilidad, pues se encuentran de por medio derechos que suelen tener una especial consideración en el orden constitucional. La libertad personal, la integridad física y moral, la dignidad humana y la vida.

Si la línea se traza de manera tal que la penalización es excesiva (irrazonable o desproporcionada), entonces el derecho penal se extenderá más allá de lo necesario, desconociendo su carácter de último mecanismo de control social o última ratio; castigará

conductas que en realidad no causan un daño, es decir que carecen de antijuridicidad material y se convertirá en una barrera para el ejercicio de un derecho fundamental; pero, si la línea se traza cerca al extremo opuesto se corre el riesgo de avalar atentados graves contra la vida, incluso, de personas que serían sujetos de especial protección por razones de salud.

Ambas dimensiones tienen también consecuencias profundas en torno a los remedios a adoptar. Así, mientras que la pregunta acerca de si es válido o no penalizar, y hasta dónde, exige respuestas lo suficientemente concretas y específicas para proteger adecuadamente la libertad frente al Estado, la pregunta sobre cómo se debe proteger el derecho constitucional a morir dignamente admite respuestas complejas y una pluralidad de remedios, debido al carácter multifacético o poliédrico de los derechos fundamentales, y a la relación de doble vía entre las pretensiones justificadas del titular del derecho y las obligaciones de respeto, protección y garantía en cabeza del Estado.

Esta afirmación se refleja en principios esenciales del derecho penal y constitucional: por una parte, el uso del ius puniendi exige que las conductas susceptibles de castigo estén definidas con la mayor precisión posible, en virtud del principio de legalidad estricta o tipicidad; por otra, los derechos pueden ser regulados, pero no restringidos de manera irrazonable o desproporcionada.

La doble dimensión del problema jurídico es trascendental a la luz del principio de necesidad o última ratio del derecho penal, de acuerdo con el cual, si bien el Legislador cuenta con la facultad de configurar el derecho penal, establecer los bienes protegidos, crear los tipos penales, al igual que las causales de justificación de las conductas en el seno del proceso democrático, no debe acudir a la herramienta que afecta con mayor intensidad la libertad personal para enfrentar conductas que no causan un daño o son incompatibles con la noción de dignidad humana, fundamento y límite de aquella característica adscrita al ius puniendi estatal.

En efecto, el derecho penal, en tanto última ratio, no puede ocuparse de todas las relaciones o situaciones jurídicas que surgen entre los particulares; en contraste, los derechos fundamentales tienen un carácter expansivo y, por tanto, sólo pueden limitarse para alcanzar fines constitucionales, a través de medios proporcionales.

F. La condición de enfermedad terminal desconoce la autonomía de la persona interesada en acceder a un procedimiento médico para la muerte digna. Ampliación del precedente constitucional

A continuación, la Sala Plena de la Corte efectuará una ampliación del precedente de constitucionalidad fijado en la Sentencia C-239 de 1997 y la jurisprudencia en vigor derivada de siete decisiones adoptadas en sede de revisión de tutela entre los años 2014 y 2020. La Sala pasa a explicar las razones por las cuales, 24 años después de dictada la providencia, y a partir de un conocimiento más amplio y profundo del derecho fundamental a morir dignamente, es necesario avanzar en el acceso a una de las facetas del citado derecho.

El precedente vigente y la jurisprudencia en vigor

En la Sentencia C-239 de 1997, al analizar dos problemas jurídicos sobre el “homicidio por piedad” (Art. 326 del Decreto Ley 100 de 1980), la Sala Plena sostuvo que la conducta estaría justificada si concurrían tres condiciones, entre las que incluyó la existencia de una enfermedad terminal. Esta condición se derivó de un argumento presentado en el marco de la ponderación entre el derecho a la vida y el derecho a la autonomía personal.

En ese sentido, dijo la Corte que, cuando la persona enfrenta una enfermedad terminal, grave e incurable y está interesada en hacer un tránsito digno entre la vida y la muerte, el deber de protección a la vida cede, pues la muerte se muestra inexorable en un plazo breve, así que la persona no estaría escogiendo entre vivir muchos años dignamente, o morir; sino

entre morir pronto, en un momento indeterminado, sufriendo, y bajo condiciones inciertas, o morir de manera inmediata, de una manera elegida por el propio paciente. Acudiendo a la metáfora del peso de los principios, la Corte estimó que es más leve el deber de protección a la vida en vísperas de su fin, lo que confirmaría la prevalencia de la autonomía y la auto determinación.

Por otra parte, en la exposición de la línea jurisprudencial sobre el derecho a morir dignamente las distintas salas de Revisión dictaron siete sentencias entre los años 2014 y 2020. En cada una de ellas se presentó la referencia a las tres condiciones de justificación del homicidio por piedad (consentimiento, intervención médica y enfermedad terminal) y, en algunas de estas, la Corporación verificó específicamente si se presentaba una enfermedad terminal para adoptar la decisión de fondo.

Concretamente, este aspecto fue uno de los fundamentos para considerar que las entidades prestadoras de servicios de salud violaron los derechos de Julia, afectada por un cáncer de colon que hizo metástasis en su cadera y pulmones (T-970 de 2014)66; de Sofía, quien padecía un cáncer particularmente agresivo y no pudo acceder a la valoración del comité interdisciplinario para determinar la posibilidad de acceder a un servicio para la muerte digna (T-423 de 2017); fue también un argumento de apoyo para negar el amparo a Reinaldo, el señor que a sus 89 años de edad solicitó un procedimiento de "eutanasia", inmerso en una situación de soledad y abandono y con un cuadro médico depresivo (T-322 de 2017); operó de la misma manera en el caso de María Liria, de 94 años de edad y con un cuadro clínico que incluía diversas enfermedades cognitivas, incluido el Alzheimer, pero que no contaba con un pronóstico de muerte próxima o "enfermedad en fase terminal" (T-060 de 2020); y fue una de las razones para negar el amparo a Janner, privado de la libertad y con varias patología que no estaban siendo tratadas por la prestadora de servicios de salud, pero que no habían sido calificadas como graves, incurables, ni mucho menos como enfermedades en fase terminal (T-132 de 2006).

La Sentencia T-721 de 2017 supone una reflexión adicional. En esta, el desconocimiento del derecho de petición, y la negligencia en el diagnóstico, llevó a la vulneración de distintas facetas del derecho fundamental a morir dignamente: los cuidados paliativos, la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico y la prestación concreta de un servicio para la muerte digna. La negligencia mencionada es particularmente relevante para el asunto objeto de estudio: nunca existió un pronóstico sobre la expectativa de vida restante de la paciente. Su ausencia impidió no solo que los médicos contribuyeran a su muerte, sino que incluso supuso una tardanza en los servicios de cuidados paliativos, que tienen un carácter básicamente humanitario, y plasman también la condición del médico como cuidador y orientador del paciente.

En ese orden de ideas, aunque con distinta intensidad y fuerza en la argumentación de cada sentencia y en la decisión finalmente adoptada, lo cierto es que este requisito no solo fue establecido en la Sentencia C-239 de 199767, sino que hace parte de la jurisprudencia en vigor de la Corte Constitucional.

Razones para ampliar la jurisprudencia

En los siguientes párrafos se plantearán las razones por las cuales se mantendrán dos de las condiciones para la justificación del homicidio por piedad; y se dejará atrás la exigencia basada en la fase terminal de la enfermedad o patología. Así, la Sala recordará la ponderación

---

66 Sentencia T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

67 M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz.

de principios efectuada en la Sentencia C-239 de 1997, y posteriormente señalará por qué actualmente es necesario ampliar el acceso al derecho fundamental a morir dignamente.

La ponderación entre los principios de dignidad y vida

En la Sentencia C-239 de 199768 la Corte Constitucional analizó dos problemas jurídicos en torno al homicidio por piedad. Para lo que interesa en esta oportunidad, es necesario recordar una vez más los aspectos centrales en torno al segundo de esos problemas: si resultaría válido constitucionalmente castigar el homicidio por piedad cuando obra el consentimiento del sujeto pasivo69.

La Corte Constitucional centró su decisión en una ponderación de derechos entre la vida y la autonomía del paciente, que podría ilustrarse esquemáticamente en los pasos que a continuación se presentan.

Primer paso, sobre el valor de la vida en el ordenamiento constitucional: (i) la vida es un valor muy importante para el sistema constitucional; (ii) este valor podría concebirse como uno de carácter sagrado, o como un bien muy importante, pero no sagrado; (iii) en un ordenamiento pluralista, donde conviven diversas formas de ver el mundo, debe asumirse la segunda opción, pues la primera implicaría adherir a concepciones metafísicas o religiosas que no pueden ser impuestas por el Estado.

Segundo paso, la diferencia entre la mera subsistencia y la vida digna: (iv) la vida debe entenderse desde un punto de vista que supera la mera subsistencia; en el marco de una Constitución que gira en torno a la defensa de los derechos del ser humano, la vida es un derecho y un valor, que debe concebirse como la existencia en condiciones acordes con la dignidad humana. Por ese motivo, frente a la mera subsistencia, la calidad de vida apreciada de acuerdo con los intereses del sujeto adquiere un significado protagónico en el equilibrio de razones constitucionales efectuado por la Corte.

Tercer paso, la vida y las decisiones autónomas al final de la vida: (v) el ordenamiento constitucional confiere un lugar central, también, a la autonomía, como una consecuencia de la consagración de la dignidad humana; (vi) la autonomía debe proyectarse en la facultad de la persona de adoptar decisiones trascendentales sobre su vida; y (vii) no es admisible imponer a una persona, contra su libertad y autonomía, seguir viviendo en condiciones que considera incompatibles con su dignidad como ser humano. En consecuencia, (viii) si la persona solicita el procedimiento para acceder a la muerte digna, y consiente libremente a su realización, la conducta se entiende justificada70.

Este fue el equilibrio central de razones que condujeron a la decisión adoptada en 1997. Sin embargo, en torno al enfermo terminal o la persona con enfermedad en fase terminal, la Sala planteó que, cuando la solicitud es formulada por una persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad que, además de grave e incurable, se encuentra en fase terminal, el deber estatal de proteger la vida se hace más tenue, cede ante la expectativa inexorable de la llegada

---

68 M.P. Carlos Gaviria Díaz. SV. José Gregorio Hernández Galindo. SV. Vladimiro Naranjo Mesa. SV. Hernando Herrera Vergara. AV. Eduardo Cifuentes Muñoz. AV. Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz.

69 El primer problema consistía en establecer si la pena establecida para el homicidio por piedad era demasiado leve y se convertía en una amenaza al derecho a la vida y la permisión de prácticas eugenésicas, como se explica en la parte de esta providencia correspondiente a los problemas procedimentales. Como puede verse, este problema no resulta relevante para el análisis de fondo, razón por la cual no se harán más referencias al mismo.

70 Aunque no hace falta profundizar en este aspecto para la solución del problema jurídico, la Corte explicó que, para otorgar el consentimiento informado de manera adecuada, la persona debería obtener la información de un médico profesional.

de la muerte en un lapso breve. Es imprescindible recordar los fundamentos centrales de la providencia:

"El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto, en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto. En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art.12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto.

Por todo lo anterior, la Corte concluye que el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el artículo 326 del Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, como ya se ha señalado, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico.

(…) En el caso del homicidio pietístico, consentido por el sujeto pasivo del acto, el carácter relativo de esta prohibición jurídica se traduce en el respeto a la voluntad del sujeto que sufre una enfermedad terminal que le produce grandes padecimientos, y que no desea alargar su vida dolorosa. La actuación del sujeto activo carece de antijuridicidad, porque se trata de un acto solidario que no se realiza por la decisión personal de suprimir una vida, sino por la solicitud de aquél que por sus intensos sufrimientos, producto de una enfermedad terminal, pide le ayuden a morir".

El núcleo del razonamiento sobre la enfermedad terminal se encuentra en el primero de los párrafos citados. Por decirlo de manera figurada, en estos párrafos el peso del derecho a la vida en la ponderación se hace más leve cuando la muerte está cerca, y ello comporta que los deberes de protección que el Estado debe a la vida, y en especial la obligación de preservar la vida a toda costa disminuye ante la disyuntiva de una muerte próxima en sufrimiento o una muerte próxima en la forma en que el paciente la defina.

Ampliación de la jurisprudencia en torno al derecho a la autonomía y la auto determinación en el ejercicio del derecho a morir dignamente

En criterio de la Sala Plena, es necesario ampliar el precedente establecido, de manera que la autonomía y la autodeterminación al momento de la muerte se ejerzan también ante enfermedades que no son terminales, pero que son graves e incurables y producen intensos sufrimientos, tal como lo exige el artículo 106 de la Ley 599 de 2000.

Es importante advertir, antes de avanzar en este argumento, que el deber del Estado de proteger la vida ante enfermedades terminales no es inferior al deber de proteger la vida de otras personas, pues quienes se encuentran en esa condición son sujetos de especial protección y los deberes del Estado hacia ellas y su bienestar son reforzados. Si una persona, en estas condiciones, solicita del Estado todas las prestaciones disponibles para soportar la vida, así como los cuidados para paliar el dolor, las autoridades, prestadoras de servicios de salud y personal médico (incluidos las y los enfermeros) deben adoptar las medidas requeridas para brindarle el nivel más alto de bienestar posible.

Por esa razón, resultaría equivocado sostener que la decisión adoptada en la Sentencia C-239 de 1997 tiene como soporte esencial esa consideración sobre la atenuación de los deberes de protección a la vida. Por el contrario, lo que opera como pilar de las consideraciones expuestas es el respeto a la persona humana: por la manera en que valora sus condiciones de vida, como dignas o indignas y humillantes, a partir del sufrimiento que padece derivado de una condición de salud de especial gravedad. Este respeto da lugar a una decidida defensa de su voluntad y capacidad para auto determinarse en todas las etapas de la vida, incluido su desenlace.

Además, reitera la Sala que la Constitución Política no privilegia ningún modelo de vida y, en cambio, sí asume un serio compromiso con la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad que implica contar con la opción autónoma de elegir un modo de muerte digna. En ese sentido, la dignidad humana protege al sujeto que se encuentra en circunstancias de salud que le producen intensos sufrimientos de la degradación física o moral, o de una exposición prolongada e indefinida a una condición de salud que considera cruel, dada la intensidad del dolor y el sufrimiento.

Ello explica que -como se expuso en las conclusiones de la línea jurisprudencial sobre el derecho a morir dignamente- el papel protagónico para la configuración y goce efectivo de este derecho se encuentre en el consentimiento, y en la expresión de voluntad de quien expresa su deseo de morir para no sufrir más71.

En este orden de ideas, la ponderación realizada en 1997 constituyó un hito trascendental en torno al derecho fundamental a la dignidad, en especial, en lo que tiene que ver con la dimensión de autonomía y autodeterminación de las personas; así como en la comprensión de la vida a partir de una concepción que supera la mera subsistencia y atañe a condiciones mínimas de existencia.

En ese orden de ideas, al observar que el tipo penal de homicidio por piedad exige, desde su configuración legislativa, un conjunto de condiciones de salud extremas, así como una experiencia de sufrimiento intenso, que aseguran que las prestaciones para la muerte digna se dirijan, únicamente, a personas ante cuyas condiciones la medicina no tiene actualmente respuestas distintas al intento de manejar el dolor intenso, como se explicará con más detalle en los párrafos siguientes, en criterio de la Sala la exigencia adicional de un pronóstico de muerte próxima (o enfermedad en fase terminal) no contribuye a maximizar la autonomía y la auto determinación y, en cambio, sí puede imponer la continuación de la vida en condiciones que la persona considera indignas o humillantes.

En ese orden de ideas, y considerando la relación entre el derecho a morir dignamente y el acceso a servicios de salud adecuados, que ha ido identificándose en la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, la Sala observa que la condición de enfermedad

---

71 Estas afirmaciones se presentan, por supuesto, sin perjuicio de la posibilidad de admitir el consentimiento sustituto en las condiciones ya definidas por la jurisprudencia constitucional. Sentencias T-970 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SV. M.P. Mauricio González Cuervo; T-544 de 2017. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado y T-721 de 2017. M.P. José Antonio Lizarazo Ocampo.

en fase terminal se convierte en una barrera de acceso a servicios para la muerte digna, irrazonable y desproporcionada, que ocasiona un déficit de protección a personas que son sujetos de especial protección por las condiciones de salud extrema que padecen.

Esta barrera impide que una persona afectada por enfermedades que ya son graves e incurables y fuente de profundos sufrimientos, pueden ejercer su auto determinación y elegir el modo de terminar su vida, y genera un efecto disuasorio sobre los profesionales de la salud para un ejercicio ético y altruista de su profesión, el cual erosiona la autonomía profesional, científica y ética, e impide al médico actuar en procura de la mejor situación o los mejores intereses del paciente.

Comparte la Corte, en este contexto, algunas consideraciones del Tribunal Constitucional Alemán, en la reciente decisión adoptada en torno a la penalización del suicidio asistido. Esta autoridad judicial consideró, en una ponderación entre la autonomía, la vida, el derecho a la personalidad, la identidad y la facultad de autodeterminarse, que "la decisión de poner fin a la vida propia tiene un significado de lo más vital para la existencia de uno. Refleja la identidad personal de uno y es una expresión central de la persona capaz de autodeterminación y de responsabilidad personal. Para el individuo, el propósito de la vida, y si y por qué razones podría considerar terminar con su propia vida, es una cuestión de creencias y convicciones muy personales"72.

Indicó, además, que la decisión en torno a la muerte autodeterminada no puede limitarse al derecho a rechazar por propia voluntad los "tratamientos de soporte vital y, entonces, dejar [así] que una enfermedad terminal siga su curso." Por el contrario, el derecho a una muerte autodeterminada también comprende los casos en los que la persona decide quitarse la vida, pues aquel "garantiza que el individuo pueda determinar su destino de forma autónoma de acuerdo con sus ideas sobre sí mismo y, por lo tanto, pueda proteger su personalidad." En otras palabras, como el derecho a la muerte autodeterminada forma parte del dominio más íntimo de la persona, dicha garantía "no [puede ser] limita[da] a enfermedades graves o incurables, ni se aplica solo a ciertas etapas de la vida o enfermedad." Esta restricción equivaldría "a una valoración de los motivos de la persona que busca poner fin a su propia vida y, por lo tanto, a una predeterminación sustantiva, que es ajena a la noción de libertad" 73..

Para la Corte Constitucional, considerando todos los aspectos recién mencionados, y defendiendo siempre el consentimiento como piedra angular del derecho a morir dignamente, y la intervención médica -que no es objeto de cuestionamiento en este trámite-, la exigencia de que la persona, además de padecer una enfermedad grave e incurable, tenga un pronóstico de muerte próxima, resulta desproporcionada, pues impide a las personas afectadas por las enfermedades citadas ejercer su auto determinación y elegir el modo de finalizar su vida, y genera un efecto disuasorio sobre los profesionales de la salud para un ejercicio ético y altruista de su profesión.

En ese sentido, la autonomía supone la facultad de elegir y decidir nuestros intereses vitales a lo largo de la existencia, incluida la posibilidad de establecer cuándo una situación de salud es incompatible con las condiciones que hacen a la vida digna, y cuándo el dolor se torna insoportable. La condición de enfermedad en fase terminal supone una restricción cierta y profunda a la autonomía, que no privilegia con igual intensidad el valor de la vida, pues,

---

72 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. February 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343, disponible en http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

73 BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. February 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343, http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

como se ha explicado, ya se exigen otras circunstancias de salud en el artículo 106 del Código Penal, que pueden considerarse extremas, y que constituyen fuente de sufrimiento intenso.

Así las cosas, la Corte Constitucional considera que (i) en la medida en que el tipo penal de homicidio por piedad incluye en sus elementos la presencia de una enfermedad grave e incurable, que produce dolores intensos, en el sujeto pasivo, es necesario examinar si la exigencia de una condición médica adicional es válida, en el marco del derecho penal, concebido como última ratio, pues solo así es compatible con la noción de dignidad humana de la que trata el artículo 1° de la Constitución. (ii) La Sentencia C-239 de 1997 efectuó una ponderación entre el derecho a la vida y la autonomía, cuyos aspectos esenciales son los siguientes: la vida va más allá de la mera subsistencia, pues incorpora condiciones mínimas de calidad. La vida, en un estado laico y pluralista es inviolable, pero no sagrada. Ello implica que es un principio constitucional de especial relevancia, pero no absoluto; (iii) e imponer a una persona la obligación de padecer sufrimiento intenso derivado de una condición médica como la descrita en el tipo penal, sin poder acudir al apoyo de un médico para dar fin a su existencia en condiciones adecuadas implica someterlo a un trato cruel, inhumano y degradante. En el siguiente acápite se profundizará en torno a la relación entre este último y el derecho a acceder a prestaciones para el tránsito digno a la muerte.

G. La dignidad humana y la integridad física y moral, segunda dimensión del problema jurídico

Según se expresó en los fundamentos normativos de esta providencia, la dignidad humana es un valor fundante del ordenamiento jurídico y una norma de carácter complejo, de la que desprenden tres grandes contenidos, la autonomía de la persona (vivir como se quiera), la integridad física y moral (vivir sin humillaciones); de conformidad con el análisis recién efectuado, la norma demandada interfiere de manera desproporcionada en la autonomía y la autodeterminación de cada persona para escoger un plan de vida, y, en los eventos asociados a la muerte digna, también de elegir el momento y modo en que desean terminar su existencia, en el marco del respeto por su dignidad.

La integridad física y moral, entendida como el derecho a vivir sin humillaciones, y desarrollada en el artículo 12 de la Carta Política mediante la incorporación de la prohibición de someter a una persona a tratos crueles inhumanos y degradantes, constituye otra dimensión constitutiva de la dignidad humana.

De acuerdo con lo expresado hasta el momento, imponer a una persona que soporte el sufrimiento intenso derivado de una enfermedad grave e incurable es inadmisible desde el punto de vista constitucional, e implica enfrentarla a un trato cruel, inhumano y degradante. Ello ocurre porque, si bien las actuaciones de las autoridades no constituyen la fuente directa de su padecimiento, lo cierto es que la posibilidad de terminarlo, en condiciones adecuadas, suele quedar en últimas en manos del Sistema de Salud y de las autoridades que definen lo que está prohibido, mediante el uso del derecho penal.

Como se resaltó al culminar los fundamentos normativos de esta providencia, el derecho a morir dignamente, guarda una relación intrínseca no solo con la vida y la dignidad, sino también con la integridad y la salud, y las dimensiones de accesibilidad, asequibilidad, adecuación o calidad y adaptabilidad, que son predicables también de este derecho. En ese sentido, las barreras de acceso al derecho se convierten en la fuente de la imposición de soportar las condiciones que considera indignas e incompatibles con su concepto de vida digna.

En adición a lo expuesto, la Cote Constitucional, al dictar la Sentencia C-239 de 1997, expresó con particular fuerza que no es válido exigir a una persona que resista sufrimientos o dolores insoportables para defender un modelo de vida, como el del mártir que afronta cualquier padecimiento ante su valor sagrado; todo ello, debido a que el ser humano no puede

ser un instrumento para la sublimación de ese modelo, pues ello implica someterla a tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes.

Sin embargo, en la medida en que una persona no está obligada a padecer ese sufrimiento, y un trato inhumano que considera degradante y ajeno a su concepto de vida digna cuando ha recibido por parte de su médico tratante un pronóstico de muerte próxima (de manera que ese sufrimiento se extenderá en principio por corto tiempo), no resulta claro por qué una persona que padece una enfermedad grave e incurable, con un pronóstico de vida incierto, sí debería soportar tales condiciones.

Desde la dimensión de la dignidad humana que se proyecta en la integridad física y moral (vivir bien), y en el derecho fundamental a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, las condiciones que ya contiene el tipo penal de homicidio por piedad, aunadas a la voluntad o consentimiento de la persona, deben ser suficientes para no predicar ni la tipicidad ni la antijuridicidad material de la conducta y, por lo tanto, para que la conducta médica de brindar los servicios adecuados para que el tránsito sea digno, no sea susceptible de reproche y sanción penal, de conformidad con el principio de necesidad o el carácter de última ratio del derecho penal.

En torno a esta faceta del problema jurídico, para la Sala resulta oportuno profundizar en torno a las discusiones surgidas en el seno de distintas disciplinas acerca del sentido del dolor y el sufrimiento, y a cómo se han proyectado en una de las decisiones centrales de la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional: la Sentencia T-970 de 2014. Estos párrafos explican cómo la condición de la enfermedad terminal puede sumir a la persona en una situación de incertidumbre acerca de cuánto dolor y sufrimiento está obligada a soportar.

En ese sentido, de las distintas condiciones establecidas por el artículo 106 del Código Penal, la que más discusiones ha generado en la jurisprudencia es el sufrimiento intenso. Así, en el caso de Julia, quien padecía de un cáncer de colon, se planteó una discusión entre el médico tratante y la paciente acerca de la naturaleza del dolor que le producía el cáncer; en el caso de Francisco, el niño de trece años con parálisis cerebral, cuyo sufrimiento se evidenciaba por los signos que dejaba en su cuerpo y su dificultad para respirar, o en el caso de Reinaldo, el adulto mayor que solicitó la eutanasia al enfrentar una situación de abandono y depresión a sus 89 años de edad.

En torno al dolor y el sufrimiento existen profundas discusiones en la ciencia, la neurología, la psicología o la medicina, que escapan al conocimiento del juez constitucional; sin embargo, una mirada a estas aproximaciones sí contribuye a la adopción de una posición adecuada para la aplicación de las reglas jurídicas, legales y jurisprudenciales en torno a las medidas o mecanismos para el acceso a la muerte digna.

En primer lugar, de acuerdo con las fuentes consultadas, existe una relación entre el dolor y el sufrimiento; el primero atañe más a la percepción o la sensación, mientras que el segundo se refiere más al ámbito de las emociones o los sentimientos, es decir, a los estados mentales que se producen a partir de la percepción correspondiente. “Como emoción corpórea, el dolor es sólo la otra cara del mal físico u orgánico. Como emoción, nace antropológicamente, del ‘amor natural’ a uno mismo. Captar que el cuerpo está mal hace sufrir porque nos ‘amamos’ naturalmente a nosotros mismos”74.

---

74 Sanguineti, Juan José, Dolor, en Fernández Labastida, Francisco – Mercado, Juan Andrés (editores), Philosophica: Enciclopedia filosófica on-line. Sin embargo, el sufrimiento no es sólo una experiencia de un individuo aislado sino, tal como interpretan Scheper-Hughes y Lock el sufrimiento es una experiencia vivida en el seno de la sociedad, conectada al ethos de una cultura y la forma en la que el individuo comunica el sufrimiento a la sociedad. En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica

Aunque todas las personas sienten dolor, con mayor o menor intensidad, no existe un consenso sobre su naturaleza75. El dolor, de acuerdo con algunos estudios, es la expresión más sobresaliente de las sensaciones corporales que incluyen picadas, cosquilleos, punzadas, entre otras, que se tornan desagradables y, en ocasiones, insoportables.

Sin embargo, se presentan al menos dos vertientes sobre su comprensión. Una, lo ubica como objeto de percepción sensible sobre alguna parte del cuerpo, y otra, como una experiencia puramente subjetiva y emocional76. Según la primera vertiente, el dolor tiene condiciones espacio temporales y grados de intensidad que se encuentran en algunas zonas o partes del cuerpo. El dolor se comprende así desde características físicas o condiciones que han provocado daños o traumas en los tejidos corporales. Estudios psicofísicos plantean que los estímulos nocivos son registrados por células nerviosas llamadas nociceptores77, las cuales reaccionan a partir de un determinado umbral de estimulación. Estos traducen y codifican los efectos nocivos y responden a estímulos mecánicos, términos o químicos.

Por eso, algunos estudios psicofísicos y neurocientíficos consideran posible cuantificar la percepción del dolor y describirla mediante modelos matemáticos; o a partir de estadísticas que se construyen con cuestionarios realizados a los pacientes78, con el propósito de evaluar la eficacia de terapias para el dolor79. Esta orientación entiende que el dolor fluctúa en el cuerpo y que las personas pueden evaluar cuánto dolor experimentan80 y, en ocasiones, comunicarlo para permitir la evaluación neutral por parte de los médicos. Cree también que es posible enseñar a las personas a calificarlo mediante indicaciones sobre su agudeza, ardor o intensidad.

La segunda gran corriente afirma que el dolor es una experiencia subjetiva, privada del paciente, cuyas sensaciones son la fuente del conocimiento que le permite predicar su padecimiento, es decir, en palabras simples, aceptar que siente dolor. Esta concepción es un referente común en la literatura científica y ha sido recogida, entre otros instrumentos, en la definición propuesta por la International Association for the Study of Pain (iasp), de acuerdo

---

(Grupo de Investigación de la Universidad de Granada CTS 436 “Aspectos Psicosociales y Transculturales de la salud y la enfermedad”).

75 Al respecto, ver, entre otros: The Routledge Handbook of Philosophy of Pain. (2017) J. Corns (ed.), London: Routledge.

76 Aydede, M. "Pain”. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.)

77 Básicamente la nocicepción o nocirrecepción se refiere “al conjunto de elementos neurales que responden a daños en los tejidos y que pueden dar lugar al dolor”. Sin embargo, algunos estudios, incluso los propuestos por la International Association for the Pain Study, señalan que la actividad nociceptiva puede o no dar lugar a la percepción de dolor. Cf. Apkarain, V. (2017). Advances in the Neuroscience of Pain. En The Routledge Handbook of Philosophy of Pain. Por su parte, la institución referida ha definido el nociceptor como un “receptor sensorial de umbral alto del sistema nervioso somatosensorial periférico que es capaz de transducir y codificar estímulos nocivos”. Cf. https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociceptiveneuron

78 Por ejemplo, el Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ), test de McGill-Melzack, McGill Pain Questionnaire; Escala o índice de Karnofsky (Performance Status); Cuestionario de problemas de enfermedad crónica (Chronic Illness Problem Inventory [CIPI]). Al respecto, puede verse García, J. et al (2002). La medición del dolor: una puesta al día. Med Integral. 39(7):317-20. Disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13029995

79Hansson, P. and Haanpaa, M. (2007) Diagnostic work-up of neuropathic pain: computing, using questionnaires or examining the patient? European Journal of Pain (London, UK) 11: 367–369.

80 Apkarian, A.V., Baliki, M.N., and Geha, P.Y. (2009) Towards a theory of chronic pain. Progress in Neurobiology 87: 81–97.

con la cual el dolor es “una experiencia sensorial y emocional asociada, o similar a la relacionada con, el daño real o potencial de los tejidos”81.

De acuerdo con esta perspectiva, cada persona aprende el sentido, referente y ámbitos de aplicación de la palabra “dolor” a partir de la experiencia relacionada con el daño desde los comienzos de la vida. Es una sensación incuestionable en el cuerpo de la persona, casi siempre desagradable y que, por lo tanto, conlleva en la mayoría de las ocasiones una experiencia emocional de sufrimiento que no se agota en lo físico, sino que puede trascender hacia, o incluso tener génesis en lo mental.

Bajo esta línea se ha considerado que cada persona tiene un acceso epistemológico único y privilegiado a su padecimiento del dolor o, en otros términos, que cada uno cuenta con autoridad epistémica para predicar que lo invade el dolor. El sentimiento de dolor es entonces privado, íntimo y personal en la medida en que quien lo sufre, y no otro, es quien puede directamente conocerlo. Sin embargo, el hecho de que el otro no puede aprehenderlo de forma directa, no implica que no pueda identificarse el dolor en la realidad externa a quien lo padece82.

Así las cosas, el dolor se concibe por una parte como un objeto de nuestra percepción sensible cuyo referente se halla ubicado en alguna parte del cuerpo, el cual puede estar presente en su forma física más pura o incluso tener origen o llegar a trascender a lo mental, es decir, lo invisible, lo incorporal, aquello que no puede llegar a ser explicado en términos de daño a los tejidos. Su forma de procesamiento puede ser explicada a partir del registro que los nociceptores realizan, en tanto instrumentos sensoriales del sistema nervioso, para traducir y codificar los estímulos nocivos del cuerpo, y se han desarrollado mecanismos científicamente para realizar una medición probable del dolor, cuyos resultados contribuyen a emprender tratamientos para eliminarlo, disminuirlo o paliarlo.

Por otra parte, el padecimiento del dolor es primordialmente una experiencia subjetiva. Cada persona tiene un acceso y autoridad epistemológica privilegiada en torno al padecimiento de su dolor. El otro, incluso un profesional de la medicina, no puede tener conocimiento directo o aprehender el dolor y sufrimiento del paciente. El dolor no puede ser percibido o evaluado como si otro lo sintiera.

La denegación o la puesta en duda de la existencia o alcance del padecimiento de dolor no solo significa anular o degradar la experiencia del paciente, sino que también implica, debido a la imposibilidad per se de conocerlo directamente por el otro, un atropello de la autonomía y dignidad de la persona que lo soporta. En consecuencia, la imposición de un criterio ajeno sobre el alcance del dolor, los cuestionamientos en torno a cómo éste se hace o no patente, o la exigencia de certeza sobre su estado desbordan la comprensión de una experiencia subjetiva ajena.

---

81 International Association for the Pain Study. Disponible en https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain

82 Las anteriores consideraciones, son resumidas en lo expuesto por la iasp en una nota aclaratoria a la definición del dolor antes referida: (i) “El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales”; (ii) “[e]l dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no se puede inferir únicamente de la actividad de las neuronas sensoriales”; (iii) [a] través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor”; (iv) “[d]ebe respetarse el relato de una persona sobre una experiencia como dolor”; (iv) “[a]unque el dolor suele tener un papel adaptativo, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico”; (vi) [l]a descripción verbal es solo uno de los varios comportamientos para expresar dolor; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o un animal no humano experimente dolor”. International Association for the Pain Study. Disponible en https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain

Precisamente, en esa dirección, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-970 de 201483, en la que se presentó una discusión entre Julia, afectada por cáncer de colon, y su eps acerca de la intensidad del dolor que sufría, señaló que la experiencia del sufrimiento y el dolor, así como su conocimiento y alcance encuentran en el paciente su fuente privilegiada de corroboración.

Así, expresó la Sala novena que, una vez diagnosticada la enfermedad grave, incurable, y en ese entonces terminal: "adquiere relevancia el elemento subjetivo, consistente en el dolor que cause sufrimiento intenso al paciente. Aunque se pueda establecer médicamente que una enfermedad implica mucho dolor (aspecto objetivo), limitar esa certeza a un concepto médico choca con la idea misma de autonomía y libertad de las personas. Nadie más que el propio paciente sabe que algo le causa un sufrimiento de tal envergadura que se hace incompatible con su idea de dignidad. Los dolores pueden ser médicamente de muchas clases y la falta de acuerdo médico puede llevar a la vulneración de los derechos del paciente. Aunque el papel del médico en estos procedimientos es indispensable, no por ello es absoluto. De esta manera, será la voluntad del paciente la que determine qué tan indigno es el sufrimiento causado, aunado a los exámenes médicos. No pueden los médicos oponerse a la voluntad del paciente cuando quiera que objetiva y subjetivamente su voluntad se encuentra depurada. Existe una prevalencia de la autonomía del enfermo."

En adición a lo expuesto, el sufrimiento, en tanto estado emocional que se proyecta a partir de una condición médica extrema, como aquellas descritas en el artículo 106 del Código Penal, no se agota en el dolor físico, sino que se proyecta en una dimensión mental. El sufrimiento derivado de la enfermedad se asocia también con las cargas que imponen los diagnósticos y tratamientos al paciente; se hace más profundo por la incertidumbre del resultado; se materializa en las relaciones familiares; y guarda una profunda relación con el tiempo, pues la anticipación del dolor futuro o de la muerte pueden agudizar o moderar la intensidad del sufrimiento.

Ahora bien, más allá de la diversidad de enfoques en torno al dolor, para la aplicación y acceso al derecho a morir dignamente, la Sala Plena encuentra necesario reiterar las siguientes subreglas, que surgen del análisis establecido por la Corte Constitucional en la Sentencia T-970 de 2014: (i) si bien las herramientas que permiten la comprensión del dolor y el sufrimiento desde la medicina contribuyen al acceso al derecho, pues habilitan un diálogo médico-paciente para transmitir y comunicar la información sobre la ubicación y sensación de intensidad del dolor, (ii) la dimensión subjetiva prima en una eventual discusión o desacuerdo entre el paciente y los médicos o la entidad prestadora del servicio, pues, con independencia de los medios para comprender el fenómeno del dolor y el sufrimiento, estos constituyen ante todo una experiencia subjetiva de la persona.

No le corresponde a la Corte Constitucional 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 torno a la última regla (prevalencia de la dimensión subjetiva), es oportuno precisar que (iii) en el escenario constitucional objeto de estudio, las personas que podrían acceder a una prestación para la muerte digna ya padecen, o han sido médicamente diagnosticadas, con una enfermedad grave e incurable. Ello permite descartar la posibilidad de que una persona simplemente argumente sentir dolor sin ningún soporte razonable derivado de la opinión de los profesionales de la salud.

---

83 M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. SPV. Mauricio González Cuervo.

Ahora bien, cuando la persona no está en condición de transmitir o comunicar el padecimiento de dolor, por supuesto, la dimensión objetiva cobra mayor relevancia, pero también la información que proveen sus cuidadores, quienes plausiblemente serán los primeros en dar cuenta de los signos que indican la presencia de dolor. Obviamente, no corresponde a la Corte en sede de control abstracto establecer todos los parámetros de evaluación, sino garantizar que el espacio de reflexión del paciente, así como el de sus allegados, sus médicos tratantes y los comités interdisciplinarios encargados de evaluar las peticiones sea respetado y garantizado.

A partir de la premisa central del análisis de los cargos, asociada a la doble dimensión del problema jurídico, la Sala considera que la condición de "enfermedad en fase terminal" comporta, por una parte, el riesgo del uso excesivo del derecho penal extendiéndolo a conductas que no causan daños materiales y, por otra, genera dificultades para el ejercicio de diversos derechos constitucionales; es decir, desconoce el carácter de última ratio del derecho penal. En ese marco, la Sala enfatiza en que, si el ordenamiento respeta la dignidad humana, todas las personas tienen el derecho a que exista claridad acerca de dónde se encuentra la frontera entre el castigo y los derechos, en especial, en asuntos trascendentales como el que ocupa a la Corte.

La Sala resalta que los límites que los derechos fundamentales imponen a la potestad de configuración legislativa en materia penal implican que la asistencia prestada por un profesional de la salud, en el sentido de dar soporte a quien libremente decidió poner fin a intensos sufrimientos, no puede ser sancionada penalmente, de allí que no pueda considerarse una conducta típica ni antijurídica en sentido material, siempre que se cumplan las circunstancias previamente descritas.

Así las cosas, la Sala Plena concluye que la condición de enfermedad terminal efectivamente puede llevar al desconocimiento de la prohibición de someter a una persona a tratos crueles, inhumanos o degradantes, puesto que: (i) imponer a una persona soportar el sufrimiento derivado de enfermedad o lesión grave e incurable implica someterla a tratos y penas inhumanas, crueles y degradantes; (ii) no resulta justificable que una persona pueda elegir terminar su vida en esas condiciones cuando recibe el diagnóstico de enfermedad terminal, pero no cuando no lo tiene, pues en el primer caso, razonablemente, su sufrimiento se extenderá por un tiempo más corto que en el segundo; (iii) estos padecimientos intensos no suponen en realidad un beneficio para el bien jurídico de la vida, dadas las condiciones ya exigidas por el tipo penal (enfermedad grave e incurable que provoca intensos sufrimientos); (iv) en torno al sufrimiento y el dolor una vertiente considera que es posible identificar el dolor a partir de criterios objetivos, y otra lo describe como una experiencia esencialmente subjetiva; (v) la Sala respeta ambas corrientes, pero en el ámbito del ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, existe una subregla que privilegia la dimensión subjetiva.

Consecuente con el análisis recién efectuado, esta sentencia supone una reconsideración de la relación entre el castigo y el derecho fundamental inmersa en el problema jurídico. Al considerar la atipicidad de la conducta hacer más amplia la causal de justificación, disminuye la legitimidad del recurso al derecho penal. Y, al eliminar una barrera de acceso al servicio deberían darse las condiciones adecuadas para que las personas adopten sus decisiones existenciales sin que, en la balanza de su razonamiento, la amenaza de castigo juegue un papel disuasorio injustificado. La eliminación de esta barrera debe permitir a todas las personas conocer con mayor claridad el alcance de sus derechos, y a las y los médicos ejercer su profesión de atención sanitaria, pero también de ayuda y asistencia al paciente, sin temor -justificado- al derecho penal y a partir de evaluaciones éticas en las que resulta favorable eliminar un factor de incertidumbre.

H. Precisión en torno al alcance de la decisión

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

La Corte Constitucional, en el caso objeto de estudio abordó el problema de establecer si la condición de enfermedad en fase terminal, necesaria junto con el consentimiento del paciente y la intervención médica, afectaba dos de las tres dimensiones de la dignidad humana. La autonomía y, en especial, la posibilidad de auto determinarse al final de la vida; y la integridad física y moral reflejada a su vez en el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos, crueles o degradantes.

Son muchas las discusiones que surgen en torno a la eutanasia, en especial, relacionadas con el consentimiento, la naturaleza de las enfermedades graves, y el sufrimiento. La Corte observa que, en las distintas decisiones de tutela que conforman la línea jurisprudencial reiterada en esta providencia, se han establecido parámetros relevantes para analizar estos aspectos. Estas sentencias, a través de exhortos dirigidos al Ministerio de Salud, han dado lugar a una regulación amplia. En esta oportunidad, aparte de la condición de enfermedad en fase terminal, la Sala Plena no abordó ningún cuestionamiento en torno a los demás elementos y garantías asociadas al derecho a morir dignamente. Reitera que corresponde a los profesionales e instituciones prestadoras de servicios de salud aplicar la regulación vigente, dando siempre prevalencia a la jurisprudencia constitucional, en caso de que se presente alguna duda.

En ese sentido, 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.

La Sala considera imprescindible señalar que, actualmente, la persona que padece una condición de salud extrema (enfermedad grave e incurable), es un sujeto pleno de derechos, sin perjuicio de la orientación que pueda requerir del médico tratante para alcanzar la decisión que responda de mejor manera a sus intereses. Esta afirmación surge a partir de una transformación en la relación médico - paciente análoga a la que se ha dado en el marco de los derechos fundamentales de las personas en situación de discapacidad.

Existen casos muy difíciles en torno a las prestaciones concretas para la muerte digna, o eutanásicas, marcados principalmente por la falta de conciencia. Estos serán, siempre, escenarios sub óptimos para el ejercicio del derecho a morir dignamente, pero ninguna persona está en capacidad de prever todas las circunstancias en las que puede surgir una situación que lo enfrente a los padecimientos mencionados, o a condiciones extremas, sin expectativa razonable de recuperación, pero tampoco de muerte próxima.

Son estos casos difíciles los que han dado lugar a dos figuras esenciales, el consentimiento sustituto y los documentos de voluntad anticipada. De conformidad con la jurisprudencia constitucional, el consentimiento sustituto es válido, pues son las personas más cercanas al afectado directamente, quienes mejor conocen sus intereses críticos, al igual que su posición sobre la manera en que enfrentarían una condición de salud extrema. Por su parte, el documento de voluntad anticipada, consiste en una manifestación expresa del sujeto, en la que plasma su posición sobre cómo desea asumir el final de su vida en las circunstancias ampliamente
mencionadas.

Corresponde tanto al Congreso de la República como al Ministerio de Salud y Protección Social, en el ámbito de sus competencias, determinar los elementos que hagan operativas las

garantías asociadas al derecho a morir dignamente, así como los aspectos de la manifestación del consentimiento propio o sustituto, la suscripción de documentos de voluntad anticipada, al igual que profundizar en la eficacia de todas las facetas del derecho en cuestión, siempre respetando los estándares ya definidos por la jurisprudencia constitucional. En el mismo sentido, le corresponde actualizar sus regulaciones de acuerdo con esta providencia. Sin embargo, en virtud del carácter normativo de la Constitución y el principio de eficacia de los derechos fundamentales, las ips y los profesionales de la salud no pueden exigir el requisito de enfermedad en fase terminal.

Los cuidados paliativos no son incompatibles con la posibilidad de acceder a prestaciones concretas para la muerte digna. Son dimensiones del mismo derecho fundamental

Finalmente, es necesario referirse a una objeción presentada por el Ministerio de Salud a los argumentos de la demanda, así como a la posición de diversos intervinientes en torno a los cuidados paliativos.

El Ministerio de Salud planteó que el derecho a morir dignamente se satisface de diversas maneras, en función de la condición del paciente y la regulación actual. Desde su perspectiva, las alternativas son (i) los cuidados paliativos, que persiguen aumentar el bienestar de las personas con enfermedades graves e incurables en fase terminal, mediante la disminución del dolor y otras medidas de cuidado; (ii) la adecuación del esfuerzo terapéutico, cuya finalidad consiste en no aplicar medidas terapéuticas o procedimientos que puedan causar mayor sufrimiento al paciente, con el propósito de extender a toda costa su vida; y (iii) las prestaciones eutanásicas, que son las que atañen a este pronunciamiento, y que se concretan en acciones u omisiones concretas para producir el tránsito entre la vida y la muerte.

En contraste, el Colegio Médico Colombiano, en su intervención dentro de este proceso, precisó que los cuidados paliativos no siempre son suficientes frente al problema de mantener una vida en condiciones deplorables, de extrema decrepitud y sin esperanzas de recuperación, produciendo una sobrecarga en los recursos humanos, técnicos y materiales del Sistema de Salud, aunada al agotamiento físico, emocional y económico de los cuidadores del paciente; por lo que los cuidados paliativos no se oponen sino que se complementan con las distintas modalidades de muerte digna. Estas, en su conjunto, hacen parte de un objetivo central de la medicina: la asistencia al final de la vida como elemento constitutivo del derecho a la salud. En sentido similar, la Universidad del Rosario solicitó a la Corte considerar qué respuesta se debería ofrecer a una persona con sufrimiento aquejada de lesión corporal o enfermedad grave incurable cuyo final de vida se prevé a mediano o largo plazo y en donde las medidas de cuidado paliativo no son efectivas.

Los cuidados paliativos fueron desarrollados en Colombia mediante la Ley 1733 de 2014, y posteriormente, su regulación ha sido ampliada a través de la Ley 2055 del 10 de septiembre de 2020, por la cual se incorporó al ordenamiento jurídico la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" adoptada en Washington el 15 de junio de 2015 84.

---

84 Además de las normas legales y reglamentarias dictadas para la prestación de cuidados paliativos, estos párrafos toman como referencia el análisis realizado por el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. Disponible en: https://occp.com.co/acerca-de/lista-de-definiciones/. El Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (OCCP) es un proyecto organizado por la Universidad El Bosque en colaboración con la Universidad de La Sabana, la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, el Instituto Nacional de Cancerología, la Asociación Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC), el Fondo Nacional de Estupefacientes, la ONG Paliativos Sin Fronteras y la Organización Panamericana de la Salud-Colombia, con el cual se pretende generar conocimientos sobre el desarrollo de los cuidados paliativos en el país y articular la información obtenida para su uso social en políticas públicas, proyectos de desarrollo y trabajos de investigación.

En el año 2016 el Ministerio de Salud expidió los “Lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos” que además de ampliar la población objetivo, aplicándose a cualquier etapa del desarrollo, tienen como propósito ofrecer orientaciones necesarias para implementar o fortalecer el proceso de atención en cuidados paliativos. Estos lineamientos definen los cuidados paliativos como “cuidados apropiados para la persona con una enfermedad altamente amenazante y/o incapacitante, terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren no solo el apoyo médico, sino también el apoyo social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo; logrando la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia”.

En el año 2016, de acuerdo con el Observatorio Colombiano sobre Cuidados Paliativos, recién citado, Colombia se encontraba en el puesto 68 de 80 países analizados en el Ranking Mundial de Cuidados Paliativos, realizado en el año 2015. Hasta el año 2016, Colombia contaba con 23 de 32 departamentos con servicios habilitados en cuidados paliativos, es decir el 72%, de los cuales 6% pertenecen a entidades públicas, el 80% a privadas y el 14% a independientes. Actualmente Colombia cuenta con 514 servicios de cuidados paliativos especializados, 40% de cobertura a nivel nacional; y un total de 30.201 habitantes adultos y 876 niños con índice de sufrimiento grave. De acuerdo con el Observatorio Colombiano de Cuidado Paliativos, en el país existen los siguientes niveles de atención:

Primer nivel ambulatorio

Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente, se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad o trastorno, e incluye la consulta por un profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

Segundo nivel consulta externa

Segundo nivel de atención se realiza consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía) y algunas subespecialidades; laboratorio e imagenología de mediana complejidad, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

Segundo nivel hospitalización

Servicio orientado a proporcionar cuidados básicos y especializados seguros (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía y algunas subespecialidades) en un ambiente hospitalario hasta obtener el alta médica.

Tercer nivel hospitalización

En tercer nivel de atención se prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades tales como: cardiología, neumología, gastroenterología, neurología, dermatología, endocrinología, hematología, psiquiatría, pediatría, fisiatría, genética, nefrología, cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, urología, cirugía pediátrica, gineco-obstetricia, neurocirugía, entre otras; cuidado crítico adulto, pediátrico y neonatal, laboratorio e imagenología de alta complejidad, otros servicios y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

En ese marco, el Ministerio considera que quien no sufre una enfermedad terminal puede elegir servicios distintos a los que causarían su muerte de manera digna mediante un procedimiento médico concreto.

Para la Sala Plena, esta objeción no desvirtúa las conclusiones alcanzadas en párrafos precedentes. El derecho a morir dignamente, como todo derecho constitucional es complejo. Presenta diversas facetas e impone distintas obligaciones en cabeza del Estado y los prestadores de servicios de salud. Los cuidados paliativos son una opción para aquellas personas que, sin expectativa de cura a su afección, y sin que existan tratamientos adecuados para recuperar su salud, esperan terminar sus días con el menor sufrimiento posible. Las prestaciones específicas para transitar a la muerte de manera digna, usualmente agrupadas bajo el concepto de eutanasia, son aquellas destinadas a las personas que consideran, desde su autonomía, con la orientación e información suficiente, que no desean extender más su vida, pues esta ya no resulta compatible con sus intereses críticos y existenciales y porque, desde la dimensión subjetiva del padecimiento, estiman que este es insoportable.

Es un hecho que la calidad de los cuidados paliativos con los que cuenta un Estado es uno de los aspectos que puede entrar en la evaluación del paciente al momento de determinar cuál es el curso de acceso a la muerte que considera adecuado, y que, a mejores cuidados paliativos cabría esperar una disminución del sufrimiento. Pero es también cierto que no corresponde al Derecho positivo imponer una decisión a los pacientes, pues en su dimensión emocional, algunas personas pueden considerar que el hecho de acceder a estos cuidados es en sí mismo causa de sufrimiento. Por esa razón, una perspectiva que se preocupa por la autonomía y por la mejor condición del paciente, debe admitir que la decisión entre una y otra forma de ejercer el derecho a morir dignamente radica en la conciencia de cada ser humano.

En otros términos, no existe una disyunción excluyente entre los cuidados paliativos y las prestaciones concretas para el tránsito a la muerte digna. Un Estado que está interesado en desarrollar el derecho fundamental a morir dignamente está en la obligación de desarrollar al máximo cada una de sus facetas. Los cuidados paliativos deben estar en constante progreso, no porque de esa manera se impida el ejercicio de la voluntad de morir, sino porque son un contenido fundamental del derecho que todas las personas tienen derecho a evitar un sufrimiento injustificado. Y las prestaciones concretas para el tránsito a la muerte deben estar disponibles y ser adecuadas para quienes estiman que estas concretan su aspiración de decidir cómo dan fin, de manera puntual, definitiva e inmediata a su vida.

Por esa razón, además de rechazar la objeción del Ministerio de Salud y Protección Social, es imprescindible dejar sentada con claridad la siguiente subregla jurisprudencial: el derecho fundamental a morir dignamente tiene tres dimensiones, los cuidados paliativos, la adecuación o suspensión del esfuerzo terapéutico y las prestaciones específicas para la muerte digna o eutanásicas. Es un deber del estado avanzar progresivamente en cada una de estas facetas, como ocurre con todo derecho fundamental y, en especial, con sus facetas prestacionales. Por esa razón no existe incompatibilidad entre las tres facetas, sino que todas deben contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de auto determinarse de todas las personas en el umbral de la muerte. Por esa razón, no puede imponerse a la persona agotar una faceta antes que otra, ni tampoco aceptar un tratamiento que considera desproporcionado, sino que corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna.

I. Cuestión final

La pendiente resbaladiza

Muchas y muchos autores que se han ocupado de la eutanasia se refieren a una objeción ampliamente conocida como la pendiente resbaladiza. Esta expresión es utilizada en el ámbito de la argumentación para referirse a una falacia (un argumento que parece bueno, pero que en realidad no lo es, pues esconde una trampa o una imprecisión que lo invalida). La pendiente resbaladiza se presenta cuando las premisas conocidas permiten llegar a una

conclusión, pero alguien presenta un contra argumento que va mucho más allá de lo que permiten inferir razonablemente esas premisas.

En torno a la eutanasia, la pendiente resbaladiza tiene un significado un poco más específico, aunque claramente en su estructura se parece a la falacia mencionada. Este argumento propone que, si se flexibilizan los requisitos para acceder a la muerte por una actuación médica específica, entonces se va perdiendo el valor de la vida, pues, posteriormente, podrían flexibilizarse otras condiciones, hasta llegar a la permisión absoluta. De ser así, no solo se desprotegería la vida, sino que además se atentaría contra personas en condición de vulnerabilidad, que podrían ser objeto de manipulaciones, o incluso, de auto manipulaciones, agobiadas por continuar con una vida que enfrenta condiciones de salud extrema.

Frente a la pendiente resbaladiza, la Sala comienza por señalar que ni la regulación actual ni esta sentencia admiten llegar a una pendiente de esa naturaleza.

El Legislador mantiene hasta el momento la penalización de las conductas analizadas; y, si un día decide abandonarla, será necesario conocer sus razones antes que asumir que se deslizó por la pendiente, irreflexivamente. Es un hecho que el derecho a morir dignamente, así como las conductas específicas en que se concreta, suscitan profundas discusiones y estas pueden ser asumidas en el foro democrático; más aún, es deseable que así sea.

Pero, además, las posiciones asociadas a la pendiente resbaladiza tampoco pueden presuponer o asumir que toda decisión en la dirección de la despenalización es errada. Ello supone una suerte de falacia distinta, la petición de principio, en la que se rechaza cualquier ampliación a la justificación porque se considera, prima facie, que el castigo es la única solución válida.

En lo que tiene que ver con esta sentencia, la Corte considera que es posible constatar en su motivación que surge a partir de una reflexión basada en algunos de los imperativos constitucionales más relevantes, en torno a la vida, la autonomía y el mejor interés del paciente, que, en lugar de mantener una solución única dictada por la razón del derecho penal, es decir, la coerción. Aún así, la Sala considera relevante minimizar todo riesgo de abuso, pero siempre partiendo de la buena fe de las familias, los allegados y los médicos.

La Sala, por último, observa que, en su intervención dentro de este proceso, la Universidad del Rosario planteó algunas preocupaciones muy relevantes en torno a las consecuencias de esta sentencia. En especial, señaló que es preciso considerar las barreras que ya existen al momento de pensar en extender el ámbito protegido del derecho fundamental a morir dignamente en la dimensión de servicios específicos para morir.

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, y la Sala reconoce que las distintas resoluciones del Ministerio al igual que el Protocolo dictado en el año 2015 son medidas que avanzan en esa dirección, aunque desconoce las acciones que ha adelantado la Superintendencia frente a las entidades que, de manera flagrante, siguen imponiendo barreras burocráticas injustificadas. Sin desconocer la necesidad de que estas autoridades profundicen sus acciones, para la Sala, eliminar un factor de incertidumbre para el acceso al derecho debería redundar también en la adopción de decisiones adecuadas por parte del personal médico y los comités interdisciplinarios que evalúan las solicitudes correspondientes.

Síntesis. 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

La Corte Constitucional estudió en esta oportunidad una demanda contra el artículo 106 del Código Penal, que establece el homicidio por piedad; la conducta de quitarle la vida a una persona con el fin de poner fin a profundos sufrimientos derivados de una lesión o una enfermedad grave e incurable.

En un primer acápite, referente a los problemas formales, y considerando que la demanda de inconstitucionalidad presentó argumentos sólidos destinados a explicar por qué la Corte estaría habilitada para dictar un nuevo pronunciamiento, y que existen nuevos elementos jurídicos que permiten reexaminar la validez de la norma, tales como un cambio en el contexto normativo y un avance en el significado de la Constitución, los cuales se evidencian en la expedición de las leyes 599 de 200085, 972 de 2005 86, 1733 de 201487, y 1996 de 201988, y sus desarrollos reglamentarios; así como en las sentencias de revisión de tutela que han permitido un conocimiento más amplio del derecho fundamental a morir dignamente, la Corte consideró que está habilitada para verificar si, como lo expresan los accionantes, existe un déficit de protección constitucional al penalizarse la conducta de homicidio por piedad en aquellos eventos en los que las personas padecen "intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable" y no cuentan con un pronóstico de muerte próxima o enfermedad en fase terminal.

La Sala consideró relevante advertir también que, cuando la Corte adopta una decisión aditiva, como fue el caso en la Sentencia C-239 de 1997, la cosa juzgada implica que no es válido reproducir una disposición que omita el elemento que la Corte ha juzgado necesario adicionar89. En este caso, cualquier modificación o reproducción de la norma inicialmente controlada -sea de origen legislativo o jurisdiccional- debe mantener la fórmula de ponderación admisible establecida por la Corte Constitucional. Si ello no ocurre, nada impide que se presente una nueva demanda en su contra y que la Corte la estudie, sin desconocer por ello el principio de cosa juzgada constitucional.

Finalmente, acerca de la objeción de la Procuraduría General de la Nación, según la cual la demanda en realidad no se dirigía contra la ley, sino contra la Sentencia C-239 de 1997, la Sala concluyó que, por una parte, (i) la sentencia citada dictó un fallo modulado, que impactó directamente el contenido de la ley, razón por la cual un nuevo cuestionamiento a la ley necesariamente implica considerar algunos elementos de esa decisión y, por otra, (ii) que la fuerza de cosa juzgada absoluta del artículo 243 se proyecta sobre lo que la Corte Constitucional consideró prohibido en esa sentencia: penalizar el homicidio por piedad si se cumplen tres condiciones; el consentimiento del paciente, la intervención del médico tratante y la existencia de una enfermedad en fase terminal. Sin embargo, no se proyecta sobre la posibilidad de despenalizar, de manera más amplia, la conducta mencionada.

En torno al problema jurídico de fondo, la Sala consideró que los tres cargos de la demanda, en realidad, podrían estudiarse agrupados en un cuestionamiento: si la condición de enfermedad terminal desconocía la dignidad humana del paciente, en relación con su

---

85 "Por la cual se expide el Código Penal".

86 "Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el vih/Sida".

87 "Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida".

88 "Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad".

89 Sentencias C-352 de 2017. M.P. Alejandro Linares Cantillo y C-089 de 2020. M.P. Alejandro Linares Cantillo. SV. Carlos Bernal Pulido. SV. Cristina Pardo Schlesinger.

autonomía e integridad, entendida esta última como el derecho a no ser sometido a tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes.

La Corte reiteró entonces su jurisprudencia sobre la penalización del homicidio por piedad y el derecho a morir dignamente, contenida en la Sentencia C-239 de 1997, al igual que los precedentes dictados en sede de revisión de tutela en torno al acceso a prestaciones para morir dignamente.

Con base en estos fundamentos normativos, la Sala planteó que el problema jurídico es susceptible de abordarse en dos grandes dimensiones: el uso del derecho penal frente a las conductas altruistas que ponen fin o contribuyen a culminar con una vida humana para evitarle sufrimientos profundos e intensos derivados de condiciones de salud extrema; y el acceso al derecho fundamental a morir dignamente. Este último es un derecho complejo, que tiene 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).

La Sala concluyó que, en efecto, 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.

Así las cosas, por una parte, la Sala profundizó en los aspectos centrales de la Sentencia C-239 de 1997: insistió en que la autonomía y el consentimiento constituyen la piedra angular del derecho fundamental a morir dignamente cuando se enfrentan circunstancias extremas y se requiere el apoyo de la medicina para terminar con un sufrimiento intenso; destacó la importancia de la intervención médica para que el consentimiento sea, materialmente, informado; y reiteró que la vida no se reduce a la mera subsistencia.

Señaló además que, como 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.

De igual manera, la Corte avanzó en el estudio de la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes y su relación con el derecho fundamental a morir dignamente. En este ámbito, señaló que si una persona no puede ser obligada a padecer intensamente por un tiempo relativamente corto (muerte próxima) no resulta justificado que deba quedar obligada a soportarlo por un tiempo mucho más amplio o, en cualquier caso incierto (ausencia de pronóstico de muerte próxima). Con miras a una mejor comprensión sobre la relevancia del sufrimiento en el ejercicio del derecho a la muerte digna, la Corporación reiteró que, más allá de las profundas discusiones científicas en torno al dolor y el sufrimiento, es necesario, para asegurar el goce efectivo del derecho, dar prevalencia a la dimensión subjetiva.

En vista del déficit de protección señalado y con el objeto de optimizar los derechos fundamentales en juego, la Sala reiteró que la Constitución no privilegia ningún modelo de vida y, en cambio, sí asume un serio compromiso con la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad que implica contar con la opción libre de elegir un modo de muerte digna. En ese sentido, precisó, la dignidad humana protege al sujeto que se encuentra en circunstancias de salud que le producen intensos sufrimientos de la degradación física o moral, o de una exposición prolongada e indefinida a una condición de salud que considera cruel, dada la intensidad del dolor y el sufrimiento.

En consecuencia, declaró exequible el artículo 106 del Código Penal, en 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.

Esta decisión se adopta por los cargos analizados. Ello implica, por una parte, que la Corte no realizó un estudio sobre la validez de los demás requisitos, ni sobre otros aspectos del tipo penal. Por la misma razón, la Sala precisa que, en todos los demás aspectos relacionados con la prestación de servicios para acceder a la muerte digna (eutanásicos) será aplicable la jurisprudencia actual. Estos temas incluyen las condiciones para expresar el consentimiento informado, la posibilidad de dar un consentimiento anticipado, o aquellas en las que se produzca el consentimiento sustituto, y el derecho de niños, niñas y adolescentes a acceder al derecho a la muerte digna y las condiciones especiales para transmitirlo”.