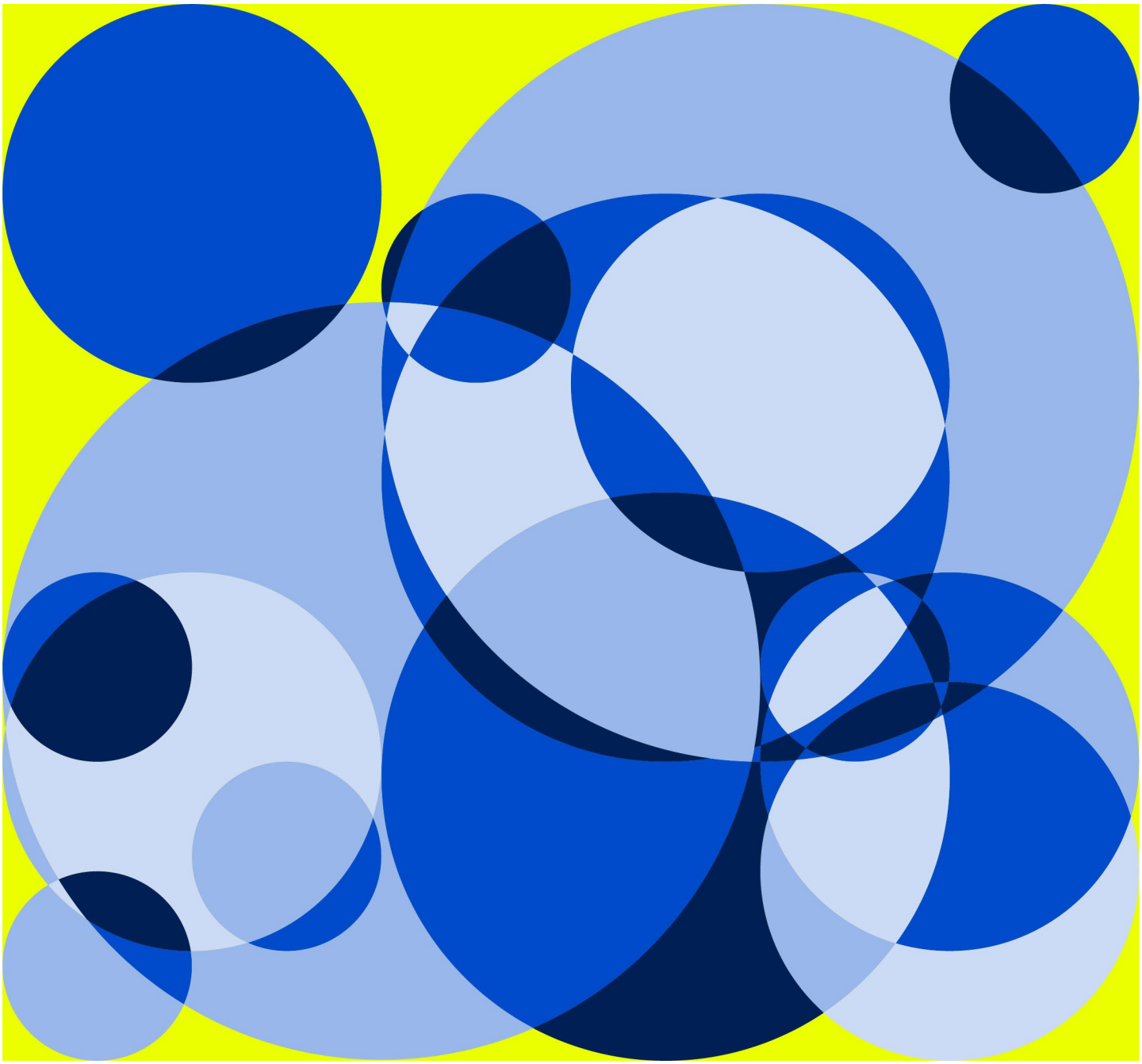
Monitor 12

DescLAB

DE MUERTE LENTA #3:

Panorama actual de las cifras y barreras del derecho a morir dignamente en Colombia



Monitor es la serie de publicaciones del DescLAB | Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que busca ampliar y profundizar el conocimiento disponible sobre los Desc y apoyar estrategias de litigio, incidencia y movilización social.

DescLAB es una empresa de beneficio e interés colectivo (BIC) que presta servicios de alta calidad, trabaja por el interés público y pone los derechos en acción.

DescLAB | Laboratorio de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Bogotá D.C. – Colombia
www.desclab.com

Autores:
Lucas Correa Montoya
Camila Jaramilllo Salazar

Diseño de línea editorial:
David E. Cabrera Zapata

Infografías:
Latitud Estudio

Corrección de estilo y diagramación de la publicación:
PrácticamenteLechuga

ISBN (Online):
978-628-97149-0-6

Septiembre 19 de 2025

Esta obra está licenciada bajo una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

El contenido y las posiciones expresadas en la presente publicación son responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente las posiciones oficiales que tuviera o llegare a tener DescLAB o las entidades a las que estuvieran o llegaren a estar vinculados.

Cítese como: Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila, (2025). De muerte lenta #3. Panorama actual de las cifras y barreras del derecho a morir dignamente en Colombia. DescLAB: Bogotá. 65 p.

LUCAS CORREA MONTOYA

Abogado de la Universidad de Medellín, LL.M en Derecho Internacional y Derechos Humanos de American University Washington College of Law, magíster en Planeación Urbana y Regional de la Pontificia Universidad Javeriana. Ex-becario del Programa de Discapacidad y Derechos Humanos de Open Society Foundations. Actual Director de investigaciones de DescLAB.

Correo electrónico: lcorrea@desclab.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4155-9885

CAMILA JARAMILLO SALAZAR

Abogada de la Universidad de Los Andes (Colombia). Se graduó con honores de la Maestría en Derecho (LL.M) de la Universidad de California, Berkeley y es magister de Periodismo de la Universidad de Los Andes. Actualmente es líder de movilización e incidencia de DescLAB.

Correo electrónico: cjaramillo@desclab.com

TABLA DE CONTENIDOS

7 **Agradecimientos**

9 **Introducción:** la tarea de monitorear y hacer seguimiento a un derecho emergente sobre el fin de la vida

14 **Logros.** Algunas victorias en la carrera de obstáculos por la muerte digna en Colombia

14 **Primer logro.** Datos en el final de la vida: más y mejores cifras sobre la muerte médicamente asistida

15 **Segundo logro.** Eliminación del delito de la asistencia médica al suicidio: la ficha que faltaba en el rompecabezas de la muerte digna

16 **Tercer logro.** No es necesario esperar al deterioro extremo: la eliminación del requisito de la enfermedad en estado terminal

17 **Cuarto logro.** Cualquier médico en cualquier clínica puede y debe recibir las solicitudes: la eliminación de la barrera del médico tratante

17 **Quinto logro.** Narrar las decisiones sobre el fin de la vida desde la autonomía y dignidad: poner el tema en la mesa el comedor

21 **Sexto logro.** Obligaciones concretas para los actores del sistema de salud: rutas, protocolos y redes de prestadores que son monitoreadas

21 **Séptimo logro.** Del vacío normativo a la acción: lineamientos para la mejor interpretación de la voluntad en el final de la vida

22 **Octavo logro.** Articulación latinoamericana por la muerte digna: la Plataforma Dignidad como espacio de acción colectiva

22 **Noveno logro.** Mejor respuesta judicial en los casos de muerte digna

25 **Lo que se cuenta, cuenta.** Panorama cuantitativo de la muerte médicamente asistida en Colombia

26 **Opinión pública:** alta favorabilidad de la eutanasia en Colombia

27 **Los procedimientos realizados:** el aumento sostenido de los casos de eutanasia

30 **Las solicitudes:** la puerta de entrada al procedimiento

33 **Sexo:** mujeres y hombres acceden con relativo balance

34 **Localización geográfica:** concentración de los procedimientos en las dos principales ciudades de Colombia

38 **Edades:** un procedimiento llevado a cabo principalmente sobre personas mayores con edades no avanzadas

38 **Tipos de enfermedades:** concentración de los procedimientos en personas con cáncer

41 **Uso de documentos de voluntad anticipada:** la falta de conocimiento y uso de esta herramienta para tomar el control sobre el fin de la vida

41 **Rutas y redes para acceder a la eutanasia:** el camino para decidir cómo y cuándo morir

43 **El reto de contar aquello que aún no se cuenta:** las cifras pendientes sobre la muerte digna en Colombia

45 Barreras. La carrera de obstáculos para morir cómo y cuándo se quiere en Colombia

45 **Barrera 1.** Negación de la existencia del derecho a morir dignamente

46 **Barrera 2.** Fallas generalizadas en la respuesta y trámite de las solicitudes

47 **Barrera 3.** Uso inconstitucional de la objeción de conciencia para obstaculizar el derecho a morir dignamente

48 **Barrera 4.** Falta de disponibilidad e imposición de cuidados paliativos para acceder a la muerte médicamente asistida

50 **Barrera 5.** Ausencia de una reglamentación actualizada y completa del derecho a morir dignamente

51 **Barrera 6.** Formación deficiente de los profesionales de la salud para garantizar los derechos en el fin de la vida

52 **Barrera 7.** Ausencia de una red amplia de prestadores y servicios y concentración geográfica de los procedimientos

53 **Barrera 8.** Exclusión de las personas extranjeras no domiciliadas en Colombia para acceder a la muerte médicamente asistida

53 **Barrera 9.** Desconocimiento y falta de uso generalizado de los documentos de voluntad anticipada

54 **Barrera 10.** Exigencia de la enfermedad en estado terminal en la reglamentación del Mnisterio de Salud y Protección Social

55 **Barrera 11.** Estigmas sobre las enfermedades mentales para ser consideradas como graves e incurables

55 **Barrera 12.** Ocultamiento de cifras de interés público por parte del ministerio de salud y protección social

56 **Barrera 13.** Ausencia de información amplia y accesible sobre el derecho a morir dignamente en el proceso asistencial

60 Referencias bibliográficas

Sigla	Significado
AET:	Adecuación del esfuerzo terapéutico
AMS:	Asistencia médica al suicidio
DANE:	Departamento Nacional de Estadística
DVA:	Documento de voluntad anticipada
EAPB:	Empresa administradora del plan de beneficios en salud
ELA:	Esclerosis lateral amiotrófica
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EPS:	Empresa promotora de salud
IPS:	Instituciones prestadoras de servicios de salud
MMA:	Muerte médicamente asistida
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS:	Organización Mundial de Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PBS:	Plan de beneficios en salud
POS:	Plan obligatorio de salud
SNS:	Superintendencia Nacional de Salud
SRSE:	Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia
VIH:	Virus de la inmunodeficiencia humana

SIGLAS Y ABREVIATURAS

Agradecimientos

Este informe fue posible gracias a la campaña de financiación **#EutanasiaSinSecretos**[1], una iniciativa de **DescLAB** que buscó visibilizar la importancia del acceso a información pública sobre muerte digna y recaudar los recursos necesarios para continuar con la tercera edición de «De Muerte Lenta», un ejercicio independiente de control a la gestión pública, documentación, análisis e incidencia. A través de esta campaña, más de 35 personas de diferentes países de América Latina se sumaron con donaciones, permitiendo que esta tercera edición se hiciera realidad. Este trabajo no recibió financiación de entidades gubernamentales, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales ni de cooperación; fue financiado exclusivamente por personas comprometidas con esta causa. A todas ellas, agradecemos su apoyo.

Agradecemos también a nuestros colegas y compañeros que aceptaron conversar sobre este tema, quienes con generosidad compartieron sus experiencias y reflexiones, contribuyendo de manera invaluable a este informe. También a las personas que, de manera desinteresada, diligenciaron de manera anónima el formulario virtual que compartimos desde **DescLAB** a través de las redes sociales para conocer otras historias sobre el acceso a la muerte médicamente asistida (MMA). Las entrevistas desarrolladas y los relatos compartidos nutrieron de forma decisiva el contenido de este informe al ilustrar y profundizar los logros y barreras previamente identificados.

La publicación de este informe tiene lugar en un momento fundamental: cuando se cumplen diez años desde que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reglamentó por primera vez el procedimiento de eutanasia a través de la Resolución 1216 de 2015 (hoy derogada) y comenzó el registro oficial de datos sobre eutanasia. Este momento marca un hito clave: por primera vez contamos con datos que permiten analizar casi una década de evolución del derecho a morir dignamente. Esto hace posible comprender el fenómeno más allá de los casos emblemáticos, identificar las barreras persistentes y valorar los avances alcanzados.

Este documento es posible gracias al respaldo de quienes creen en la importancia de conocer y exigir este derecho, y confirma que la muerte digna —así como el acceso a información verificada sobre su implementación— continúa siendo una causa que moviliza a las personas en Colombia y en la región.

[1] Para mayor información sobre la estrategia ver: www.desclab.com/eutanasiasinsecretos

INTRODUCCIÓN

Introducción

Introducción: la tarea de monitorear y hacer seguimiento a un derecho emergente sobre el fin de la vida

El derecho a morir dignamente es un derecho emergente de creación judicial que goza de la más alta protección jurídica en Colombia[2]. A pesar de no estar taxativamente establecido en la Constitución Política de 1991 y de no existir a la fecha una ley completa expedida por el Congreso de la República sobre muerte digna, no existe duda alguna sobre su existencia, exigibilidad y justiciabilidad.

Ante la falta de acción del poder legislativo, ha sido el poder judicial —en cabeza de la Corte Constitucional de Colombia— quien ha liderado el camino de creación, consolidación y profundización del derecho a morir dignamente[3]. Dieciocho sentencias[4] de la más alta instancia judicial y cuatro resoluciones[5] del MSPS fijan las reglas, los procedimientos y las obligaciones de los actores del sistema de salud colombiano para garantizar el derecho a morir dignamente.

La discusión sobre una ley sobre el derecho a morir dignamente sigue pendiente. Entre 1998 y 2025 se han radicado veintiuna iniciativas legislativas diferentes en el Congreso de la República, pero ninguna ha logrado la aprobación necesaria. A la fecha, los vacíos normativos continúan siendo llenados por otros actores públicos y la necesidad de los esfuerzos legislativos son cada vez menos relevantes dados los avances judiciales y reglamentarios que durante las últimas décadas han guiado la implementación del derecho a la muerte digna.

Tener derecho a morir dignamente significa que las personas puedan tomar decisiones autónomas sobre el fin de sus vidas y sobre su muerte. Incluye también la posibilidad de encontrar la asistencia médica para acceder a una muerte segura, acompañada y protegida en el momento preciso en que se desee. Se trata de un derecho multidimensional que incluye varios mecanismos para su materialización, los cuales brindan diferentes opciones para que las personas decidan según sus deseos y posibilidades. En Colombia, actualmente existen cuatro mecanismos plenamente reconocidos en el ordenamiento jurídico:

Mecanismo 1. Los cuidados paliativos integran un conjunto diverso de prestaciones médicas y asistenciales orientadas a mejorar la calidad de vida de la persona enferma y su familia, a través de un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales.

Mecanismo 2. La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) permite interrumpir, desistir o limitar los procedimientos y tratamientos para que estos cumplan con la proporcionalidad terapéutica y con las decisiones autónomas de la persona, inclusive cuando de esta se derive indirectamente la muerte de la persona. En esta categoría se encuentran las decisiones referentes a las medidas de soporte vital como la ventilación mecánica o las decisiones de no reanimación, entre otras.

Dos mecanismos adicionales se presentan bajo la sombrilla de la **muerte médicamente asistida (MMA)**, es decir, la ayuda provista por un profesional de la medicina para poner fin a la vida de forma segura, acompañada y protegida.

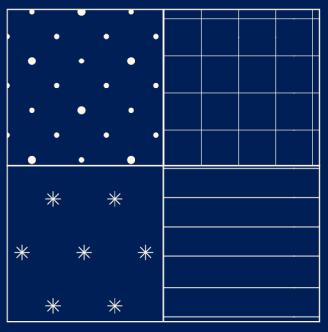
Mecanismo 3. La eutanasia es el procedimiento mediante el cual el profesional de la medicina

[2] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2024). Mucho más que eutanasia. Trayectoria y contenido del derecho emergente a la muerte digna en Colombia. Bogotá: DescLAB.

[3] Cfr. Correa Montoya, Lucas. (2021). Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente. Opinión Jurídica, 20(41), 127-154.

[4] Cfr. Corte Constitucional colombiana. Sentencias T-493 de 1993, C-239 de 1997, C-233 de 2014, T-970 de 2014, T-132 de 2016, T-322 de 2017, T-423 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, C-233 de 2021, T-414 de 2021, C-164 de 2022, T-239 de 2023, T-351 de 2023, T-504 de 2024, T-445 de 2024 y T-057 de 2025.

[5] Cfr. Ministerio de Salud y Protección Social. Resoluciones 825 de 2018, 2665 de 2018, 229 de 2020 y 971 de 2021.

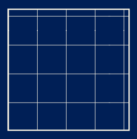


DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Tomar decisiones sobre el fin de la vida

Mecanismo 1

CUIDADO PALIATIVO



Mecanismo 2

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Mecanismo 3

EUTANASIA

Mecanismo 4

ASISTENCIA MÉDICA AL SUICIDIO

MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

administra a la persona los medicamentos en dosis letales que causan la muerte de la persona que así lo ha solicitado.

Mecanismo 4. La asistencia médica al suicidio (AMS) es la ayuda que presta un profesional de la medicina al entregar los medicamentos en dosis letales para que sea la persona quien causa su propia muerte.

En la actualidad, Colombia es uno de los estados jurídicamente más avanzados cuando se trata del reconocimiento de los derechos en el final de la vida, del derecho a morir dignamente y de los diferentes mecanismos disponibles.

Varias realidades sociales motivan la construcción de la tercera versión del informe **«De Muerte Lenta»**. En primer lugar, la falta de información sobre el derecho a morir dignamente y sobre las barreras que enfrentan las personas cotidianamente; y, en segundo lugar, la necesidad de un movimiento social vibrante, articulado y con una visión estratégica de cambio social que guíe sus acciones en el mediano y largo plazo.

Esta tercera entrega del informe hace parte de la estrategia **#TomaElControl**[6], un esfuerzo de **DescLAB** para conocer, ejercer y proteger el derecho a morir dignamente en Colombia y en América Latina. Las ideas que presentamos en esta tercera versión se construyen sobre lo reportado en el primer informe[7] publicado en el 2021 y el segundo informe[8] del 2022.

Los informes «De Muerte Lenta» buscan ofrecer tanto un panorama cuantitativo del acceso a la muerte digna —con un foco especial en la MMA— así como un panorama cualitativo de las principales barreras identificadas en el acceso y goce efectivo de este derecho en Colombia.

Las cifras que se reportan fueron recabadas durante meses a través de solicitudes directas a los diferentes actores del sistema de salud colombiano. El grueso de la información se deriva del Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia (SRSE) gestionado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y complementada por información provista por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). El acceso a la información está lleno de barreras. No basta con solicitarla, con frecuencia las entidades públicas no responden las peticiones o lo hacen de forma incompleta. Esto hace necesario acudir al sistema judicial para que verifique la vulneración de derechos y ordene a las entidades públicas responder las preguntas formuladas. Pero esto a veces no es suficiente, no ha bastado con tener decisiones judiciales que ordenan las respuestas, las entidades públicas también ignoran estas decisiones y nos obligan a acudir a los incidentes de desacato para lograr el acceso a la información. Lo que debía tomar menos de 15 días, termina demorando meses y exigiendo la intermediación del sistema judicial.

Las barreras que se reportan fueron construidas de forma cualitativa, particularmente, a través de entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud, personas y familiares que las experimentaron directamente, así como a través del análisis de relatos directos compartidos con nosotros. **DescLAB** —a través de la provisión de servicios legales en Colombia— tiene acceso permanente a todo tipo de casos y situaciones presentes en el territorio nacional; esta posición nos permite analizar de forma permanente lo que sucede en el acceso a los servicios de salud, lo cual de otra manera quedaría en el anonimato y olvido.

El insumo central se complementa con la información provista por la SNS sobre las quejas recibidas sobre la materia. No obstante, la cantidad de quejas formales no refleja la complejidad y gravedad de las barreras; principalmente porque estas tienen lugar en el fin de la vida, en momentos de urgencia en los que la posibilidad y utilidad de quejarse son mínimas. En la mayoría de los casos, las barreras son invisibles, sistemáticas y quedan en la impunidad, por ello su reporte y las acciones de incidencia para superarlas son fundamentales.

Los logros reportados son un esfuerzo por hacer visibles los avances del movimiento social de muerte digna en Colombia. Con frecuencia identificamos lo que no funciona bien, las cifras que no están disponibles, los datos

[6] #TomaElControl es la estrategia DescLAB para conocer, ejercer y proteger el derecho a morir dignamente en Colombia y en América Latina. Disponible en: https://www.desclab.com/tomaelcontrol

[7] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB.

[8] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB.

que no conocemos y las barreras que encuentran las personas. Con facilidad olvidamos lo difícil que ha sido llegar a este punto, se hacen invisibles las historias de quienes con sus luchas abrieron el camino. Volver sobre lo que hemos logrado nos permite identificar el terreno firme en que nos encontramos y sobre el cual construimos el presente y el futuro de las decisiones autónomas sobre el fin de la vida, las entrevistas a profesionales de la salud, personas y familiares también aportaron a la identificación y profundización de esta sección.

Al final, este ejercicio de reporte busca también consolidar una agenda nacional y latinoamericana sobre el derecho a morir dignamente que permita identificar prioridades y proponer rutas para los actores interesados en avanzar y profundizar el tema y la lucha por el cambio social que a ella subyace. Los caminos están trazados, el reto es recorrerlos colectivamente.

Parte I

Logros.

Algunas victorias en la carrera de obstáculos por la muerte digna en Colombia

Logros. Algunas victorias en la carrera de obstáculos por la muerte digna en Colombia

Si bien las cifras y las barreras son el centro de este informe, también hay logros cuando hablamos de muerte digna en Colombia. En la primera parte detallamos nueve logros, algunos se refieren a la disposición de más y mejores fuentes de información, particularmente, de la implementación del mecanismo de registro; la despenalización de la AMS; así como otras victorias alcanzadas previamente como la eliminación de la enfermedad terminal como requisito para acceder a la eutanasia y la eliminación de la barrera del médico tratante como puerta de entrada al procedimiento.

Primer logro. Datos en el final de la vida: más y mejores cifras sobre la muerte médicamente asistida

Hoy contamos con más y mejores cifras sobre la MMA y, particularmente sobre la eutanasia, en Colombia. En lo que se refiere a las cifras y datos —desde 1997, con el surgimiento del derecho a morir dignamente a través de la eutanasia— la información estuvo sumergida en la oscuridad. Ningún dato sobre los procedimientos fue recolectado y no existió ni la obligación ni el interés por parte del sistema de salud colombiano de hacerlo. Fueron los tiempos de la muerte privada, en los que el procedimiento estaba disponible solo para quienes sabían dónde buscarlo y contaban con los recursos para pagarlo. Esa situación ha cambiado y hoy los frutos de esa transformación son visibles.

En 2014, mediante la Sentencia T-970, la Corte Constitucional ordenó al MSPS establecer el deber de los prestadores de servicios de salud de reportar las eutanasias practicadas. Como resultado, a partir de 2015, el sistema de salud colombiano comenzó a generar información y producir reportes básicos sobre la práctica del procedimiento, lo que marcó el inicio de un panorama más transparente en torno a la muerte digna en el país.

Sin embargo, a través de la Sentencia T-423 de 2017, la Corte evidenció que ese esquema inicial de reporte era insuficiente. Al limitarse a registrar únicamente los procedimientos de eutanasia efectivamente realizados, se invisibilizaban las barreras previas y no se generaban incentivos para que los actores del sistema cumplieran efectivamente con sus deberes. La falta de datos sobre las solicitudes negadas mantenía en la penumbra gran parte del ejercicio del derecho y en la impunidad a quienes decidían vulnerarlo.

Por esta razón, la Corte ordenó al MSPS modificar la Resolución 1216 de 2015 (hoy derogada) y diseñar un mecanismo de registro eficaz que permitiera hacer seguimiento desde el momento en que una persona solicita el procedimiento, y no únicamente cuando este es practicado. Aunque la orden debía cumplirse en un plazo de treinta días, el MSPS tardó casi cuatro años en implementar el nuevo sistema. Fue necesaria la interposición de múltiples incidentes de desacato para forzar su cumplimiento. Solo gracias a la presión judicial liderada por **DescLAB** se logró la expedición de la Resolución 971 de 2021, la cual introdujo cambios estructurales en el mecanismo de registro al crear el SRSE y establecer obligaciones detalladas de reporte por parte de los prestadores de servicios de salud.

Actualmente, el sistema de salud colombiano tiene el deber de reportar por lo menos en cuatro momentos cuando se trata de procedimientos eutanásicos: primero, la recepción de la solicitud a través del profesional de la medicina quien es el primer contacto; segundo, la activación del comité científico-interdisciplinario para morir dignamente que analiza y resuelve la solicitud;

tercero, la decisión —positiva o negativa— tomada por el comité sobre la solicitud elevada por las personas y; cuarto, la práctica efectiva del procedimiento. Se reportan también si las solicitudes de eutanasia son elevadas por la misma persona o por su red de apoyo, los desistimientos, entre otros datos relevantes.

Por segunda vez, este informe incluye información derivada del SRSE. El salto en calidad, oportunidad y nivel de detalle de los datos disponibles es evidente: hoy sabemos mucho más de lo que sabíamos hace apenas unos años. Esta mayor disponibilidad de información también tiene un efecto democratizador: permite ejercer vigilancia desde la sociedad civil, fortalece los mecanismos de control estatal y genera nuevas presiones para el cumplimiento de las obligaciones por parte de los actores del sistema de salud.

Segundo logro. Eliminación del delito de la asistencia médica al suicidio: la ficha que faltaba en el rompecabezas de la muerte digna

La Corte Constitucional —producto del litigio estratégico **#YoTomoElControl**[9] liderado por **DescLAB**— despenalizó la AMS y la reconoció como un mecanismo adicional para materializar el derecho fundamental a morir dignamente[10].

Esta estrategia de litigio comenzó desde 2020 y buscaba que Colombia se convirtiera en uno de los países con mayores garantías y posibilidades para acceder a la MMA. Para lograrlo, era fundamental declarar la inconstitucionalidad del delito de inducción y asistencia al suicidio[11], de forma que, cuando se cumplieran los requisitos ya reconocidos para el acceso a la eutanasia, estas acciones no fueran perseguidas ni castigadas penalmente.

Desde **DescLAB** argumentamos ante la Corte Constitucional que el legislador se había excedido en su libertad de configuración al penalizar la asistencia al suicidio y —al crear dicho delito— había vulnerado y limitado derechos constitucionales. Al castigar con pena de prisión la acción de los profesionales de la medicina de brindar una ayuda efectiva para que la persona pusiera fin a su propia vida de forma segura, protegida y acompañada se desconocieron derechos como la muerte digna, la vida digna, la protección constitucional a la dignidad humana. A la vez, se restringió de manera inconstitucional la protección a la autonomía personal y al libre desarrollo de la personalidad, y se limitó el principio constitucional de solidaridad. La Corte Constitucional colombiana nos dio la razón.

La Sentencia C-164 de 2022 declaró la constitucionalidad condicionada del delito de inducción y asistencia al suicidio en el entendido de que no se incurre en la conducta punible cuando: (i) la ayuda sea provista por un médico; (ii) con el consentimiento libre, informado e inequívoco previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto y; siempre que (iii) la persona padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable. De esta forma se amplió el derecho fundamental a morir dignamente y se protegió la vida digna y la autonomía de las personas, a quienes la Corte les devolvió la libertad que el legislador les había quitado para tomar decisiones en el fin de sus vidas.

La despenalización de la AMS amplió el universo de posibilidades y generó implicaciones fundamentales en la manera como la sociedad se ha aproximado a la decisión personal de poner fin a la vida. La prohibición legal de brindar información o asistencia médica para el suicidio centró por completo la conversación en el enfoque de la prevención. Como resultado, la mayoría de las acciones se han orientado a disuadir a las personas de su decisión o intención, en lugar de reconocer y acompañar sus motivaciones con un enfoque de derechos.

Esto está bien, pero no es suficiente. La despenalización de la AMS promete transformar el enfoque desde el cual abordamos el suicidio y posicionar la conversación en la muerte segura, acompañada y protegida. No se trata únicamente de prevenir y reportar las cifras de aquellas muertes que no pudieron prevenirse, sino de hacer compatibles las estrategias de prevención con la información y con el acompañamiento para que las decisiones sucedan de forma segura, protegida y acompañada.

[9] Más información sobre la estrategia #YoTomoElControl está disponible en: https://www.desclab.com/sma

[10] Cfr. Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-164 de 2022 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo).

[11] Cfr. República de Colombia, Ley 599 de 2000, art. 107, inciso 2, que indicaba: "(…) cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses".

Tercer logro. No es necesario esperar al deterioro extremo: la eliminación del requisito de la enfermedad en estado terminal

En Colombia no es necesario tener una enfermedad en estado terminal para acceder a la eutanasia. En julio de 2021 mediante la Sentencia C-233 de 2021, la Corte Constitucional eliminó la barrera de la enfermedad en estado terminal como requisito para acceder a la eutanasia en Colombia. Desde 1997, la Corte Constitucional —a través de la Sentencia C-239— había establecido como requisito para acceder la eutanasia que la enfermedad que debía tener el potencial solicitante debía estar en estado terminal, esto en el entendido de que la muerte fuera previsible en un plazo relativamente corto. Este requisito jurisprudencial trascendió el precedente judicial posterior y permeó las resoluciones expedidas por el MSPS.

Posteriormente, en 2015, el MSPS elaboró un protocolo técnico[12] en el que estableció qué se entendía como una enfermedad terminal y que no lo era. En dicho documento técnico se optó por un criterio principal de tipo temporal, en el que se consideraba que una enfermedad estaba en estado terminal cuando el pronóstico de supervivencia no superara los seis meses. Adicionalmente, para algunas enfermedades —como las enfermedades neurodegenerativas y la falla cardiaca—, optó por un criterio secundario de niveles de deterioro que las personas debían cumplir y certificar para considerar que estas enfermedades se encontraban en estado terminal.

A la par con la demanda de inconstitucionalidad mencionada, desde **DescLAB** agenciamos el caso de **Yolanda Chaparro**[13], una mujer con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) a quien le exigieron un nivel de deterioro específico para poder acceder a la eutanasia y, de esa manera, cumplir con el requisito de enfermedad en estado terminal que hasta ese momento era obligatorio. El sistema de salud colombiano le indicó que para poder acceder a la eutanasia tenía que esperar a que su estado de salud se deteriorara gravemente y que debía esperar a no poder respirar, comer, caminar y hacer ninguna actividad de manera autónoma: justo lo que ella quería evitar.

Después del fallo de la Sentencia C-233 de 2021, **DescLAB** representó legalmente a **Martha Sepúlveda**[14], una mujer con ELA que, al igual que Yolanda Chaparro, tampoco tenía una enfermedad en estado terminal. En este caso se solicitó el procedimiento al sistema de salud y este fue aprobado sin mayores dificultades ni barreras. Sin embargo, 36 horas antes de que se practicara la eutanasia en la fecha seleccionada, la clínica canceló el procedimiento y cambió de forma irregular su argumentación jurídica: inicialmente había indicado que no había una enfermedad en estado terminal y que cumplía con todos los requisitos. Posteriormente, canceló el procedimiento programado aduciendo incoherentemente que no tenía una enfermedad terminal y estableció que dicho requisito era todavía exigible; lo que indicaba un ejemplo más del tipo de barreras e irregularidades cotidianas que suceden y que en la mayoría de los casos terminan en la impunidad.

Estos dos casos, algunos de los más visibles en los últimos años, demuestran que el ejercicio del derecho a morir dignamente, particularmente, el acceso a la eutanasia sigue avanzando, pero con las barreras administrativas y las presiones sancionatorias por parte de los entes de control que impiden un ejercicio fluido del derecho.

Frente a esta realidad, la Sentencia T-544 de 2024 representa un avance clave: la Corte ordenó al MSPS modificar la Resolución 971 de 2021, al constatar que su redacción actual reproduce barreras inconstitucionales como la exigencia de terminalidad, desconociendo el alcance real del derecho tal como ha sido desarrollado jurisprudencialmente. Este fallo confirma que, a largo plazo, la presión judicial sostenida ha sido eficaz para desmontar obstáculos normativos persistentes. Gracias a este logro, el Estado colombiano tiene hoy la obligación de adecuar su reglamentación a los estándares constitucionales y de proteger efectivamente a personas que cumplen con los requisitos

[12] Cfr. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia.

[13] Cfr. Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-414 de 2021, (MP: Cristina Pardo Schlesinger). Más información sobre la estrategia de litigio #YolandaTomaElControl está disponible en: www.desclab.com/yolanda

[14] Cfr. Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-239 de 2023, (MP: Jorge Enrique Ibáñez Najar). Más información sobre la estrategia de litigio #MarthaTomaElControl está disponible en: www.desclab.com/martha

jurisprudenciales, pero siguen enfrentando barreras por normas desactualizadas.

Cuarto logro. Cualquier médico en cualquier clínica puede y debe recibir las solicitudes: la eliminación de la barrera del médico tratante

No es necesario encontrar un médico que se considere tratante y esté dispuesto a recibir y tramitar las solicitudes de MMA, pues todos —sin importar su especialidad, si ha tratado o no a la persona, ni en donde estén ubicados— deben recibir y tramitar las solicitudes. El MSPS eliminó la barrera del médico tratante como único responsable de recibir las solicitudes de acceso relacionadas con la MMA. Con la adopción de la Resolución 971 de 2021, todos los médicos son responsables de recibir las solicitudes, hacer un análisis inicial y activar el comité encargado de analizar y decidir si se autoriza o no el procedimiento.

Previo a este logro, únicamente el médico tratante podía recibir la solicitud formal y esto se había consolidado como una barrera de acceso al derecho a morir dignamente. Muchas personas no tenían un médico tratante claramente identificado, o este no se identificaba como tal y, por tanto, se negaba a recibir y tramitar las solicitudes elevadas. Las personas debían enfrentar todo tipo de excusas como: no haber tratado a la persona por un tiempo prolongado, no ser especialista en el diagnóstico principal o no estar localizado en una clínica o institución prestadora de servicios específica que lleva a cabo el procedimiento.

La barrera del médico tratante generaba enormes dificultades para comenzar la ruta diseñada en la Sentencia T-970 de 2014 y reglamentada por el MSPS (Resolución 1216 de 2015 (hoy derogada) y Resolución 971 de 2021). Esta barrera sometía a la voluntad del médico la decisión de recibir la solicitud y de activar el comité encargado de valorar la solicitud y decidir sobre la práctica del procedimiento. Las personas se encontraban en un laberinto en que debían pasearse de médico en médico buscando uno que se considerara tratante.

A la fecha, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 971 de 2021, no importa quién es el médico, si ha tratado lo suficiente a la persona o no, si la persona está hospitalizada o no, o si su especialidad está relacionada con la condición de salud que motiva la solicitud: todos los médicos pueden recibir solicitudes verbales o escritas y, además, deben analizarlas y tramitarlas. Ante la duda de si el caso cumple o no los requisitos, el médico debe siempre activar el comité en los tiempos establecidos para que sea dicha instancia la que haga la revisión exhaustiva, solicite las valoraciones y llegue a una decisión[15].

Quinto logro. Narrar las decisiones sobre el fin de la vida desde la autonomía y dignidad: poner el tema en la mesa el comedor

En los últimos cinco años hemos contado con una creciente producción de narrativas, contenidos, noticias y testimonios que abordan el fin de la vida desde nuevas y diferentes perspectivas que contribuyen a transformar positivamente los estigmas y estereotipos sobre la muerte digna.

Aunque la frecuencia de aparición no es diaria ni sistemática, la muerte digna en Colombia ha adquirido una presencia sostenida en la agenda mediática nacional y latinoamericana, lo que ha ayudado a consolidar su lugar como asunto de interés público. Entre 2021 y 2025, la prensa y los medios digitales en Colombia mantuvieron una cobertura constante del derecho a morir dignamente, con picos de atención asociados a hechos relevantes como: las decisiones de la Corte Constitucional, los proyectos de ley presentados y debatidos en el Congreso, los informes de cifras, las acciones reglamentarias del MSPS y los casos paradigmáticos de quienes solicitaron el procedimiento. Estas coberturas se han activado principalmente para informar a la opinión pública, exigir a las entidades estatales alguna acción específica y visibilizar debates morales y éticos en el país.

Las decisiones judiciales han sido uno de los principales temas de la cobertura mediática sobre el derecho a

[15] Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 971, art 8.

morir dignamente en Colombia, en particular cuando se trata de sentencias de la Corte Constitucional. Medios como **El Espectador**[16], **Semana**[17] y **El Tiempo**[18] han dedicado amplios espacios para explicar no solo el contenido jurídico de fallos como la Sentencia C-233 de 2021 —que eliminó el requisito de enfermedad terminal para acceder a la eutanasia— y la Sentencia C-164 de 2022 —mediante la cual la Corte despenalizó la AMS—, sino también sus implicaciones concretas para las personas en Colombia. También se han comunicado los efectos que toma la Corte en sus decisiones de tutela y las implicaciones que trae para las ramas ejecutiva y legislativa[19]. Este contenido ha cumplido una función pedagógica al traducir el lenguaje jurídico en información accesible, resaltando lo que cambia en la práctica y en el proceso de solicitud del procedimiento.

La cobertura mediática sobre los proyectos de ley relacionados con el derecho a morir dignamente se ha activado principalmente en los momentos de presentación formal de las iniciativas[20], los debates en las comisiones[21] y los momentos en que el trámite cesa en el Congreso, fuere porque sufrió un voto negativo, porque no se debatió o porque se venció el tiempo para ser aprobado[22]. Los medios suelen explicar el contenido de los proyectos, identificar los puntos de tensión más relevantes —como la objeción de conciencia institucional,

[16] Cfr. (1) El Espectador. (2021, 22 de julio). «Acceder a la eutanasia será más fácil: Corte Constitucional disminuyó requisitos»; (2) El Espectador. (2022, 11 de mayo). «El suicidio médicamente asistido es legal: Corte Constitucional».

[17] Cfr. (1) Semana. (2021, 22 de julio). «Corte Constitucional amplió la eutanasia a pacientes no terminales»; (2) Semana. (2022, 11 de mayo). «Corte Constitucional legalizó el suicidio médicamente asistido en Colombia».

[18] Cfr. El Tiempo. (2021, 22 de julio). «Alcances del fallo que amplía la eutanasia a pacientes no terminales».

[19] Cfr. (1) El Tiempo. (2023, 15 de agosto). «Eutanasia: Corte cuestiona incumplimiento de sus fallos y exige, de nuevo, regulación»; (2) El Espectador. (2025, 14 de junio). «Minsalud debe adecuar reglas para que menores de edad puedan pedir la eutanasia».

[20] Cfr. El Tiempo. (2023, 9 de septiembre). «Eutanasia: ¿Cómo se accedería al procedimiento según el nuevo proyecto de ley?».

[21] Cfr. (1) El Espectador. (2020, 21 de septiembre). «Eutanasia: la deuda de 23 años del Congreso»; (2) El Tiempo. (2022, 4 de octubre). «Eutanasia: piden incluir el suicidio médicamente asistido en proyecto de ley»; (3) El Tiempo. (2023, 26 de septiembre). «El proyecto que busca regular la eutanasia en Colombia fue aprobado en primer debate»; (4) El Espectador. (2025, 25 de marzo). «Congreso debatirá en segundo debate la reglamentación de la eutanasia en Colombia».

[22] Cfr. (1) El Tiempo. (2024, 3 de septiembre). «'El Congreso le ha fallado a la ciudadanía al no legislar sobre la eutanasia': Directora de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente»; (2) Semana. (2025, 7 de marzo). «Congresista del Pacto Histórico culpó a colegas progresistas del hundimiento de la regulación de la eutanasia, ¿por qué?».

Fotografía: Aron Visuals

el consentimiento sustituto, la inclusión de menores de edad o la regulación de la AMS—, y contrastar las posturas de los sectores progresistas y religiosos. Al cubrir el tema, se ha usado como fuente principal a la Iglesia Católica como opositora al procedimiento[23]. Asimismo, las notas periodísticas destacan de forma reiterada la ausencia de una regulación legislativa integral, subrayando el incumplimiento del deber del Congreso de desarrollar los mandatos constitucionales.

Los informes de cifras, particularmente las dos ediciones anteriores de «De Muerte Lenta», han sido cubiertos ampliamente por diversos medios para entender el funcionamiento y las fallas del sistema frente al derecho a morir dignamente[24]. Las notas suelen destacar los hallazgos más relevantes, como el número de procedimientos realizados y las diferencias territoriales, al tiempo que enfatizan el carácter independiente del seguimiento realizado por **DescLAB**.

Los medios también han dado seguimiento a las acciones del MSPS, especialmente cuando ha expedido o anunciado normas relacionadas con la muerte digna[25]. Asimismo, cuando el MSPS ha presentado proyectos de resolución para modificar dicha normativa, los medios han cubierto las reacciones de distintos sectores, especialmente frente a propuestas que podrían limitar el acceso o contradecir la jurisprudencia constitucional[26]. Estas notas suelen enfatizar el papel del MSPS como actor clave en la implementación efectiva del derecho y alertan sobre los riesgos de una reglamentación regresiva con los estándares judiciales[27] o de las barreras existentes que impone dicha autoridad[28].

Desde 2021, los medios **El Espectador** y **El Tiempo** han publicado al menos seis editoriales dedicados al derecho a morir dignamente, lo que evidencia una postura oficial frente al tema. Algunos editoriales han centrado su atención en la falta de voluntad política del Congreso para legislar sobre la eutanasia, señalando las consecuencias que esta omisión tiene sobre los derechos de las personas en el final de la vida[29]. Otros han adoptado un enfoque más cercano a los casos concretos al destacar que el acompañamiento a las decisiones sobre la muerte digna pueden ser una expresión de cuidado, la libertad y el respeto por la autonomía[30]. En ambos casos, el objetivo ha sido incidir en la opinión pública y mantener el tema en la agenda nacional como una deuda pendiente del Estado con la dignidad humana. En conjunto, estos textos han contribuido a posicionar el derecho a la muerte digna como un tema de interés público y exigencia legítima, más allá de la coyuntura noticiosa.

Desde el caso del señor **Ovidio González**[31], la primera persona en acceder a la eutanasia en el marco del sistema de salud, la idea de lucha ha sido el componente que ha atravesado los relatos de la muerte digna en Colombia. Sin embargo, con los años, esa lucha se ha comprendido también como el ejercicio de un derecho fundamental plenamente reconocido en el país. Entender que decidir sobre cómo y cuándo morir es un derecho, y que las decisiones sobre el fin de la vida se toman en el marco de la legalidad como un acto de libertad y autonomía, ha sido uno de los mayores logros del movimiento social que defiende la muerte digna. En ese camino, resulta profundamente gratificante que

[23] Cfr. (1) El Espectador. (2022, 13 de mayo). «Suicidio asistido: Iglesia insiste en que la vida termina con la muerte natural»; (2) El Tiempo. (2022, 10 de febrero). «La cartilla de la Iglesia Católica contra la eutanasia desata controversia»; (3) El Tiempo. (2024, 15 de julio). «'Eutanasia directa es moralmente inaceptable': Iglesia; (4) El Tiempo. (2021, 23 de julio). «'La eutanasia es un homicidio': Iglesia Católica».

[24] Cfr. (1) El Tiempo. (2021, 12 de abril). «Cada seis días se practica una eutanasia en Colombia»; (2) El Tiempo. (2023, 4 de febrero). «En el país la eutanasia se multiplicó por veinticuatro en los últimos ocho años»; (3) Semana. (2023, 5 de febrero). «La eutanasia en Colombia se multiplicó en los últimos años, esta es la razón»; (4) El Espectador. (2024, 8 de agosto). «El 2023 fue el año en el que se practicaron más eutanasias en Colombia».

[25] Cfr. El Tiempo. (2023, 27 de diciembre). «Minsalud adelanta proyecto para regular las condiciones para la eutanasia en Colombia».

[26] Cfr. El Espectador. (2025, 14 de junio). «Minsalud propone actualizar la norma sobre eutanasia y muerte digna en Colombia».

[27] Cfr. El Espectador. (2025, 9 de julio). «Los "peros" de la nueva regulación sobre eutanasia que alista el Minsalud».

[28] Cfr. (1) Semana. (2021, 9 de octubre). «MinSalud se pronuncia sobre cancelación de la eutanasia de Martha Sepúlveda»; (2) El Tiempo. (2024, 3 de mayo). «¿Minsalud oculta datos sobre eutanasias en Colombia? La denuncia que hace organización civil»; (3) Semana. (2025, 28 de junio). «¿Secretismo con cifras de la eutanasia en Colombia? El Ministerio de Salud no actualiza las estadísticas sobre el procedimiento: "No contesta"» .

[29] Cfr. (1) El Espectador. (2025, 31 de marzo). «Eutanasia: el Congreso le falla a la dignidad»; (2) El Tiempo. (2021, 15 de julio). «Otra vez la eutanasia»; (3) El Espectador. (2021, 8 de abril). «El fracaso de seguir aplazando el derecho a la eutanasia».

[30] Cfr. (1) El Tiempo. (2023, 10 de febrero). «Morir dignamente»; (2) El Espectador. (2022, 11 de enero). «Colombia avanza en el derecho a la muerte digna»; (3) El Espectador. (2021, 24 de julio). «Contribuir a una muerte digna sí es un acto de amor».

[31] Cfr. El Espectador. (2015, 30 de junio). «Ovidio reclamará el derecho a morir».

muchas de las noticias recientes sobre muerte digna no se centren en la lástima o en la compasión o en las barreras, sino en las historias y experiencias de quienes han podido ejercer este derecho en sus propios términos.

En los últimos dos años, casos como los de **Javier Acosta**[32] y **Tatiana Andia**[33] se han convertido en referentes poderosos de narrativas que reivindican el final de la vida desde la dignidad, la gratitud y la conciencia, más allá de la confrontación jurídica. Javier, hincha apasionado del fútbol, eligió la eutanasia como un acto de paz, dejando un mensaje de amor por la vida y de respeto por la decisión de morir sin sufrimiento. Tatiana, socióloga y académica, vivió su proceso con claridad, acompañada de su familia, colegas y amigos, construyendo un relato público y amoroso sobre lo que significa morir en coherencia con sus valores y creencias.

En ambas historias, la muerte dejó de ser un tabú para convertirse en una afirmación de la vida digna, recorriendo el camino de conversaciones más humanas, menos medicalizadas y profundamente respetuosas del deseo de cada persona para su final. Este giro narrativo ha sido posible gracias a un avance paulatino y colectivo; sin embargo, que no se hable de las barreras con la misma frecuencia en los medios no significa que hayan desaparecido o que esas mismas personas no las hayan experimentado, sino que hoy también podemos nombrar los logros y acompañar las muertes que sí han sido como la persona las deseó.

Presentar los casos e historias de personas que intentan decidir sobre su propio cuerpo, su mente y su vida transforma la creencia de que quienes solicitan acceder a una muerte digna están en un estado de desesperación y lo hacen de manera repentina. También rebaten el hecho de que quienes la solicitan no han tenido acceso a servicios oportunos y de calidad dentro del sistema de salud o no han tenido acompañamiento suficiente por parte de los profesionales y que, si lo hubieran tenido, no habrían tomado este tipo de decisiones.

Nuevas imágenes de personas que no necesariamente están en un estado de agonía o de terrible sufrimiento ponen de presente que las decisiones sobre la muerte digna son decisiones sobre la libertad y la autonomía que afirman la vida que cada persona considera compatible con su idea de dignidad. A la par, estas nuevas imágenes se alejan de las narrativas centradas en el deterioro, el dolor, que subordinan a quienes deciden sobre el fin de sus vidas a la lástima de los demás y les niegan su calidad de personas autónomas.

Desde **DescLAB** hemos buscado que la exposición pública sobre quienes toman la decisión de ejercer el derecho a la muerte digna no tenga como foco el dolor, ni el deterioro de la salud ni el sufrimiento, inevitablemente presentes cuando se tienen ciertas enfermedades. Nuestra apuesta, desde un enfoque social y jurídico, busca la desmedicalización de la muerte para dar paso al ejercicio de una muerte autodeterminada en donde en el centro no esté la enfermedad sino la autonomía de la persona que decide. Por esto, es necesario continuar normalizando y desmitificando las conversaciones sobre el proceso de la muerte y entender la decisión sobre cuándo y cómo morir como parte del ejercicio de un derecho humano emergente.

A la par, mostrar la realidad de la persona y su red de apoyo sensibiliza a los demás sobre cómo sí es posible y necesario conversar sobre estos temas con las personas que nos rodean. También demuestra que seres queridos están dispuestos a apoyar en decisiones tan trascendentales como la de acceder a la MMA y que, por el contrario, acompañar a morir a quien toma la decisión es un acto de amor, cuidado y solidaridad.

Estas nuevas formas de representar el final de la vida también se reflejan en las producciones audiovisuales en Colombia, América Latina y otros países que han contribuido a ampliar los relatos sobre la muerte digna, consolidando una narrativa que se aleja del tabú o la desesperanza.

En Colombia, la película **Nubes grises soplan sobre el campo verde** (2023) aborda la decisión de un padre enfermo terminal que busca garantizar el bienestar futuro de su hijo con discapacidad, mientras que **Del Otro Lado del Jardín** (2024) dramatiza el dilema moral y judicial del acompañamiento al suicidio asistido,

[32] Cfr. El Tiempo. (2024, 30 de agosto). «Atención: murió Javier Acosta, el hincha de Millonarios, quien se sometió a la eutanasia este viernes, en Bogotá».

[33] Cfr. New York Times. (2025, 7 de agosto). «Impulsó el derecho a una muerte digna, empezando por la suya».

basado en un caso real. También, el documental **Ovidio** (2024) reconstruye el emblemático caso de Ovidio González, el primer colombiano en acceder a la eutanasia tras la reglamentación de 2015.

En el panorama internacional, desde Uruguay, el documental **Hay una puerta ahí** (2023) retrata el vínculo entre un médico paliativista y un paciente que reivindica su derecho a una MMA, en un contexto legal que aún lo prohíbe. También sobresalen producciones como **Tuesday** (2023), una propuesta que aborda el duelo y el acompañamiento en el proceso de morir; **The Room Next Door** (2024), en la que Pedro Almodóvar profundiza en la amistad y la muerte asistida; así como series recientes como **Dying for Sex** (2025), que reivindica el deseo, el placer y la agencia personal en medio de una enfermedad terminal, y la miniserie británica **Truelove** (2025), que plantea pactos para morir entre personas mayores unidas por la confianza.

Estas producciones no solo amplían el repertorio narrativo sobre el final de la vida, sino que contribuyen activamente a resignificar la muerte como un acto consciente, elegido y profundamente humano. Al hacerlo, cuestionan los silencios impuestos y afirman que decidir cómo y cuándo morir puede ser, también, una decisión digna y autónoma.

Sexto logro. Obligaciones concretas para los actores del sistema de salud: rutas, protocolos y redes de prestadores que son monitoreadas

Los actores del sistema de salud colombiano cuentan con obligaciones concretas que son efectivamente monitoreadas por las autoridades públicas. En 2021, la SNS adoptó una circular[34] en la que estableció las obligaciones y responsabilidades de los diferentes actores del sistema de salud. A las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a las Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB) se les obligó a contar con una ruta de atención que permita garantizar efectivamente el derecho a morir dignamente de sus afiliados, la cual, debe ser ampliamente socializada con la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Además, las obligó a tener y reportar cada seis meses la red de prestadores contratada para llevar a cabo el procedimiento de la eutanasia.

Esta obligación de reporte —la cual ha sido satisfecha por un amplio número de empresas aseguradoras— ha permitido conocer las IPS específicas en donde pueden llevarse a cabo los procedimientos y la dispersión geográfica de las mismas, así como la conformación de los respectivos comités científico-interdisciplinarios para morir dignamente. También ha permitido conocer la concentración de procedimientos en pocas clínicas y los retos de transformación que subsisten en el sistema de salud.

Séptimo logro. Del vacío normativo a la acción: lineamientos para la mejor interpretación de la voluntad en el final de la vida

En 2023 publicamos el primer referente técnico[35] en Colombia para aplicar el principio de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de las personas en el final de la vida, cuando la persona no puede manifestarla directamente ni dejó constancia a través de un Documento de Voluntad Anticipada (DVA) . Este documento marca un hito en la garantía del derecho a morir dignamente y la capacidad jurídica, al ofrecer lineamientos claros y operativos que permiten tomar decisiones de acuerdo con los valores y creencias de cada persona, incluso en condiciones de extrema vulnerabilidad.

Este logro fue posible gracias a un proceso de investigación cualitativa liderado por **DescLAB** y la **Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente**, que reunió a profesionales del derecho, la medicina y la psicología en grupos focales para resolver casos hipotéticos basados en la realidad. A partir de sus aportes se sistematizaron

[34] Cfr. Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa 20211700000006-5 de 2021.

[35] Cfr. Correa Montoya, Lucas; Giraldo Castaño, Mónica; Jaramillo Salazar, Camila. (2023). Interpretar la voluntad en el fin de la vida. Lineamientos para garantizar los derechos a la capacidad jurídica y a la muerte digna. Bogotá: DescLAB.

nueve lineamientos técnicos que orientan cómo interpretar la voluntad y las preferencias de una persona a través del relato de su vida, la experiencia de su sufrimiento, el rol de su red de apoyo y el respeto por su autonomía.

Los lineamientos abordan aspectos clave como la validación de la imposibilidad de manifestar voluntad, la composición de redes de apoyo diversas más allá del parentesco legal, la identificación de conflictos de interés y la garantía de acceso previo a los cuidados paliativos y la AET. Con estos lineamientos técnicos, no solo aportamos para el cumplimiento de Sentencias como la T-721 de 2017 y la T-060 de 2020, sino que también presentamos herramientas concretas para que profesionales y autoridades garanticen en el futuro las decisiones en el final de la vida.

Octavo logro. Articulación latinoamericana por la muerte digna: la plataforma dignidad como espacio de acción colectiva

En 2024 nació la **Plataforma Dignidad**[36], una red de trabajo latinoamericano sobre el derecho a morir dignamente. Desde **DescLAB** hemos señalado críticamente la ausencia de un movimiento social articulado en torno al derecho a morir dignamente tanto en Colombia como en América Latina. Como cofundadores, la Plataforma Dignidad es nuestro aporte a la falta de acción: una apuesta por construir colectivamente un espacio de trabajo regional que avance los derechos en el fin de la vida.

La **Plataforma Dignidad** nació como una respuesta colectiva frente a los desafíos comunes que enfrentamos quienes defendemos el derecho a morir dignamente en la región y por la falta de interés de actores globales sobre el tema en nuestros logros y necesidades. Organizaciones, abogados, médicas, académicas y otros profesionales conformamos una red interdisciplinaria que constituye un logro inédito: el primer espacio latinoamericano con vocación de permanencia de incidencia, generación de conocimiento y litigio estratégico en esta materia.

A través de principios orientadores comunes y metodologías participativas, desde la Plataforma Dignidad hemos promovido el intercambio de experiencias jurídicas, médicas y sociales entre países. Además, la Plataforma ha incidido localmente en Colombia con la participación de **DescLAB**, la **Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente** y otros de sus miembros. En 2025, se impulsó una estrategia conjunta de incidencia frente al proyecto de resolución sobre eutanasia del MSPS, logrando visibilizar barreras inconstitucionales y exigir la participación de la sociedad civil en la construcción normativa. Esta comunidad de acción ha demostrado que es posible avanzar una agenda regional por los derechos en el final de la vida, basada en el cuidado, la evidencia y la defensa de un derecho humano emergente.

Noveno logro. Mejor respuesta judicial en los casos de muerte digna

En los últimos años, se ha evidenciado una mejora progresiva en la respuesta judicial frente a los casos relacionados con el derecho a morir dignamente en Colombia. Los jueces, especialmente en el marco de las acciones de tutela, han mostrado una mayor comprensión de la urgencia y sensibilidad que implican las solicitudes asociadas a la MMA, garantizando medidas oportunas y reconociendo el carácter fundamental de este derecho.

Este cambio no es casual. Responde, por un lado, a la construcción de una jurisprudencia amplia y sólida por parte de la Corte Constitucional, que ha definido con claridad los alcances del derecho a la muerte digna, y por otro, a la incidencia constante de abogadas y abogados que han sostenido el litigio estratégico y la exigibilidad del derecho. Gracias a estas intervenciones, se ha fortalecido el estándar de argumentación judicial y se ha reducido la tolerancia a dilaciones o negaciones injustificadas por parte de los actores del sistema de salud.

[36] Más información sobre la Plataforma Dignidad está disponible aquí: www.plataformadignidad.com

No obstante, esta mejora coexiste con una problemática estructural persistente: el acceso a algunos derechos fundamentales, entre ellos la salud y la muerte digna, continúa dependiendo en gran medida del uso del sistema judicial, lo que impone cargas desproporcionadas a las personas y sus familias. Aun así, que los jueces estén respondiendo con mayor claridad y rapidez representa un avance significativo que confirma su rol como actores de protección y garantía efectiva de los derechos en el final de la vida.

***

Detrás de esos logros hay enormes luchas de personas anónimas que pusieron la cuota más alta: el sufrimiento en el final de sus vidas. Es gracias a ellas que las personas en Colombia podemos tomar decisiones autónomas sobre el fin de nuestras vidas y nuestra muerte. El panorama del derecho a morir dignamente en Colombia está lejos de ser el ideal. Por el contrario, muchos retos subsisten y continúa la necesidad de que las barreras y fallas sean identificadas, denunciadas y derribadas.

Para consolidar los avances alcanzados y lograr transformaciones más profundas, desde **DescLAB** asumimos el desafío de construir un movimiento social sólido, ambicioso y con capacidad real de incidencia. Apostamos por una articulación vibrante que no solo impulse una agenda de cambio estructural en torno al derecho a morir dignamente, sino que también ejerza una vigilancia activa y crítica sobre el sistema de salud colombiano. Es momento de transitar de un escenario dominado por organizaciones temerosas y complacientes con el poder, a uno liderado por actores sociales valientes, articulados y estratégicos, capaces de ampliar, profundizar y monitorear este derecho en Colombia y en la región. Desde **DescLAB**, trabajamos para hacer de esa transición una realidad.

Parte II

Lo que se cuenta, cuenta.

Panorama cuantitativo de la muerte médicamente asistida en Colombia

Lo que se cuenta, cuenta. Panorama cuantitativo de la muerte médicamente asistida en Colombia

Saber más sobre la MMA permite desestigmatizar y desmitificar las conversaciones, las decisiones y el ejercicio de los derechos constitucionales en el fin de la vida. Decidir cómo y cuándo morir es un asunto individual, pues cada persona es llamada a revisar su existencia, a valorar su vida y las condiciones en la que esta trascurre y, eventualmente, sobre la forma como se quiere que llegue el final.

A la vez, se trata de un asunto profundamente relacional[37]. Si bien la decisión de morir es individual y autónoma, esto no significa que se toma en soledad y que tenga lugar por fuera de las redes familiares, de amistad y de apoyo en las que se teje la existencia de las personas. Quienes nos rodean hacen parte de esa decisión: unas veces para poner el tema sobre la mesa, otras veces para entablar una conversación iniciada por quien decide morir. Algunas veces esa red opone resistencia por creencias o desconocimiento, otras veces es un elemento facilitador del proceso, pues ayuda a buscar y obtener información, lleva a cabo trámites, busca ayuda jurídica, psicológica o espiritual, acompaña, ayuda a cerrar.

También es una decisión social, dado que el contexto en que se inscribe la vida de la persona facilita o dificulta este tipo de decisiones. No depende solo del marco normativo que lo permite o lo prohíbe, sino también de las narrativas e imaginarios de los profesionales de la salud, de las universidades donde se educan, de la apertura de las instituciones que prestan servicios de salud y de las narrativas construidas por los medios de comunicación. El proceso de tomar decisiones autónomas sobre el fin de la vida es un proceso vinculado a las relaciones que construimos y que tiene lugar en el tejido de decisiones personales, vínculos familiares y estructuras sociales.

El derecho a morir dignamente no es solamente un derecho emergente, de creación judicial y multidimensional[38]; también es un derecho que goza de una amplia favorabilidad en la población colombiana, cuyo ejercicio y exigencia ha crecido de forma sostenida desde 2015 y hasta diciembre de 2024. Se trata de un derecho cuyo ejercicio por la población en Colombia ha crecido de manera importante y sostenida a lo largo de los años, en un relativo balance entre hombres y mujeres. Su acceso está concentrado geográficamente en las principales ciudades colombianas y, en dichos lugares, se encuentra concentrado en algunas IPS. En ese sentido, se trata de un acto médico poco extendido en el territorio nacional y aún limitado dentro del sistema de salud colombiano.

A la MMA acceden en mayor proporción personas con diagnósticos oncológicos que con otro tipo de enfermedades, aunque en los últimos años esta es una tendencia que ha comenzado a revertirse. A pesar de la importancia de los documentos de voluntad anticipada (DVA), las personas los usan muy poco, desconocen su relevancia, confían en que podrán ellas mismas tomar las decisiones cuando sea necesario o que conversaciones informales con sus familiares son suficientes para tener claridad sobre su voluntad y permitir que ellos les ayuden a tomar decisiones sobre el fin de sus vidas cuando no puedan hacerlo directamente.

En la segunda parte del informe «De Muerte Lenta» detallamos y analizamos las cifras disponibles sobre MMA en Colombia, no como un punto de llegada, sino como un punto de partida para conocer más, para identificar los vacíos, barreras y brechas y, de esta manera, fortalecer los procesos de movilización social y de litigio estratégico sobre el tema en Colombia y en la región.

[37] Cfr. (1) González, Catalina. (2022). "Autonomía en bioética: críticas y re-definiciones". Isegoría, núm. 67, 1–13; (2) Sherwin, Susan. (1992). No longer patient. Feminist Ethics and Health Care. Temple University Press; (3) Sherwin, Susan. (1998). "A Relational Approach to Autonomy in Health Care". En The politics of women's health: Exploring agency and autonomy, 19–47. Temple University Press.

[38] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2024). Mucho más que eutanasia. Trayectoria y contenido del derecho emergente a la muerte digna en Colombia. DescLAB: Bogotá. 90 p.

Los hallazgos que siguen derivan de la información recabada y reportada por el MSPS y la SNS, máximas autoridades del sistema de salud colombiano. Los reportes de estas dos autoridades son conseguidos, procesados y analizados por **DescLAB** en el marco de su estrategia permanente de monitoreo y seguimiento sobre el derecho a morir dignamente.

El acceso a la información no es fácil. Las autoridades no publican reportes periódicos, los datos son solicitados por **DescLAB** a través del ejercicio del derecho de petición y —en la mayoría de los casos— ha sido necesaria la intervención judicial superar las barreras ilegales y arbitrarias impuestas por las autoridades públicas para acceder a la información de forma oportuna y completa.

Opinión pública: alta favorabilidad de la eutanasia en colombia

La aprobación de la eutanasia en Colombia es alta. En contraste con las afirmaciones relacionadas con ser un país «conservador, religioso y católico», las cuales se usan con frecuencia para justificar la falta de debate legislativo o disminuir la importancia del tema ante medios de comunicación, las cifras demuestran todo lo contrario. Debido a la atención mediática generada en la opinión pública con los casos de Ovidio González[39], Yolanda Chaparro[40], Martha Sepúlveda[41], Víctor Escobar[42], Javier Acosta[44], Tatiana Andia[44] y la eliminación de la barrera de la enfermedad terminal por parte de la Corte Constitucional con la Sentencia C-233 de 2021, algunas firmas encuestadoras han incluido de manera intermitente preguntas sobre la favorabilidad o desfavorabilidad de la eutanasia en el país en los sondeos generales de opinión.

De acuerdo con los resultados de «Colombia Opina» de la firma Invamer[45] sobre el tema, el 70,1 % de las personas en Colombia están de acuerdo con la posibilidad de acceder a la eutanasia cuando se experimenta sufrimiento físico y psíquico producto de lesiones corporales y enfermedades graves e incurables. El punto más alto de favorabilidad se registró en agosto de 2021 con el 72,5 %[46] a favor y el más bajo en febrero de 2022 con el 68,5 %[47] a favor. Las cifras de favorabilidad han sido más altas en las ciudades capitales (74,9 %) que en las ciudades no capitales (64,4 %)[48]. Lastimosamente entre los años 2023 y 2024, las versiones de la encuesta «Colombia Opina» 14 (mayo del 2023), 15 (julio del 2024), 16 (noviembre del 2024) y 17 (marzo del 2025) no incluyeron preguntas específicas sobre el tema y, por tanto, no es posible conocer cómo ha evolucionado la favorabilidad en este mecanismo de sondeo de opinión en esos lapsos.

De acuerdo con los resultados de la «Encuesta Polimétrica»[49] de la firma Cifras y Conceptos, solamente el 19 % de la población colombiana quiere que la eutanasia sea prohibida de forma completa mientras que el 38 % está a favor de la legalización total y un 37 % permanece en una posición neutra frente al tema[50]. En las encuestas de junio de 2023 y de noviembre de 2024 no se incluyeron preguntas sobre el tema. Sin embargo, en mayo de 2025 se incluyó la pregunta relativa a qué tanto le gustaría votar por un candidato que promueva propuestas para aprobar la eutanasia. El 45 % de los encuestados respondió que mucho, para el 28 % su respuesta fue neutra y para el 27 % fue negativa[51].

Estas altas cifras de aprobación sobre la eutanasia contrastan con las bajas cifras de aprobación de otros asuntos que generan debates de intensidad similar en la sociedad colombiana de acuerdo con los resultados de «Colombia Opina»[52], particularmente: el matrimonio por parte de parejas del mismo sexo con una aprobación del 39,3 %, la adopción por parte de parejas del

[39] El Espectador. (2025, 3 de julio). «Ovidio González ya fue sometido a la primera eutanasia legal en Colombia».

[40] Más información sobre la estrategia de litigio #YolandaTomaElControl está disponible en: www.desclab.com/yolanda

[41] Más información sobre la estrategia de litigio #MarthaTomaElControl está disponible en: https://www.desclab.com/martha

[42] El País. (2021, 28 de octubre). «Víctor Escobar, el colombiano que espera desde hace dos años la eutanasia que logró Martha Sepúlveda».

[43] El Tiempo. (2024, 28 de agosto). «Joven hincha de Millonarios pidió recibir la eutanasia tras contraer infección y sufrir cáncer: 'No hubo milagro'».

[44] New York Times. (2025, 7 de agosto). «Impulsó el derecho a una muerte digna, empezando por la suya».

[45] Cfr. Invamer. (2022). Colombia Opina número 13, junio 2022.

[46] Cfr. Invamer. (2022). Colombia Opina número 11, abril 2022.

[47] Ibid.

[48] Ibid.

[49] Cfr. Cifras y Conceptos. (2021). Encuesta Polimétrica, septiembre 2021.

[50] Ibid.

[51] Cfr. Cifras y Conceptos .(2025). Encuesta Polimétrica, mayo 2025.

[52] Cfr. Invamer. (2022). Colombia Opina número 13, junio 2022.

mismo sexo con una aprobación del 29,7 %, la legalización del consumo de marihuana con el 29,7 % y el aborto hasta la semana 24 con el 17,2 %. Este patrón se repite cuando se comparan con los resultados de la «Encuesta Polimétrica»[53], en donde la favorabilidad de votar por candidatos que promuevan propuestas sobre el matrimonio igualitario es de 28 % mucha, 28 % neutra y 45 % negativa; o en donde la favorabilidad de votar por candidatos que promuevan propuestas sobre la legalización del consumo de marihuana es de 19 % mucha, 21 % neutra y 60 % negativa.

La alta favorabilidad de la eutanasia en Colombia puede explicarse por el posicionamiento positivo de casos en los medios de comunicación que —a lo largo de los últimos los años— han permitido acercar a las personas a las decisiones más íntimas y complejas sobre el fin de la vida y la muerte. Este acercamiento ha estado marcado por la comunicación de mensajes e imaginarios positivos de autonomía y dignidad, en lugar de imaginarios negativos de lástima, dolor, dependencia y deterioro de la salud. La exposición en medios, caracterizada por mostrar experiencias vitales individuales y familiares, ha permitido llevar el tema a la mesa del comedor y conversar con nuestras familias acerca de lo que pensamos y queremos para nosotros mismos en esas situaciones. Ello hace que la MMA sea probablemente más cercana a las personas y a las familias que otros temas con los cuales podemos tener poca o ninguna relación. Al final es difícil permanecer en la indecisión, pues estas conversaciones nos confrontan con nuestra propia muerte y nos recuerdan que la vida es siempre finita.

Sin embargo, se observa la pérdida de interés de las principales firmas encuestadoras del país por continuar sondeando la favorabilidad del tema en la opinión pública colombiana. Esto se debe al surgimiento de otros temas de coyuntura que desplazan las prioridades de las firmas y de los medios de comunicación, y a la falta de fuentes de recursos financieros en el movimiento social para solventar los gastos de la inclusión de estas preguntas en los sondeos.

Los procedimientos realizados: el aumento sostenido de los casos de eutanasia

Desde 2015 —año en el que se reglamentó la eutanasia y comenzó el registro de los procedimientos— y hasta el 31 de diciembre de 2024, se han realizado **1.044 procedimientos** de MMA a través de la eutanasia en Colombia y ningún procedimiento de asistencia médica al suicidio (AMS)[54].

Estas son solo las cifras oficiales, es decir, de aquellos procedimientos desarrollados conforme a las normas y en el marco del sistema de salud. A pesar de que el procedimiento está cubierto en el plan de beneficios en salud (PBS) y es gratuito, muchas personas, profesionales y organizaciones continúan desarrollando e intermediando este procedimiento de manera privada. No es posible estimar el número de procedimientos que se llevan a cabo en las casas, con la ayuda de terceros en donde los controles institucionales son inexistentes.

A la fecha, el 2024 es el año con más eutanasias practicadas en Colombia. En total, al corte del 31 de diciembre de dicho año se desarrollaron **352 procedimientos de eutanasia**[55]. Es un número alto si se compara con 2015 —primer año de aplicación de la Resolución 1216 de 2015 (hoy derogada)— en el que se desarrollaron solamente 4 procedimientos, o con el año anterior en el que se llevaron a cabo 271 procedimiento de eutanasia[56]. A pesar de que la AMS se encuentra despenalizada desde el año 2022, en el 2024 no se llevó a cabo ningún procedimiento de este tipo.

Entre 2015 y 2024, la práctica de la eutanasia se ha multiplicado por 88 en 10 años, una cifra nada despreciable que muestra que a medida que pasa el tiempo, que el tema se posiciona en la opinión pública y las personas tienen conversaciones familiares sobre el tema, más personas están interesadas en tomar

[53] Cfr. Cifras y Conceptos. (2025). Encuesta Polimétrica, mayo 2025.

[54] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[55] Ibid.

[56] Ibid.

decisiones autónomas sobre el fin de sus vidas. No obstante, en los últimos dos años el incremento de casos ha venido balanceándose con respecto a los años inmediatamente anteriores. Por ejemplo, en 2024 se registró un aumento del 29,9 % en comparación con 2023; entre 2023 y 2022, el incremento fue del 49,7 %; y en el periodo anterior, entre 2022 y 2021, el crecimiento alcanzó el 61,6 %[57]. Aunque el número de casos de eutanasia ha aumentado, esta sigue siendo una causa de muerte marginal en el contexto general, ya que en 2024 representó apenas el 0,13 % del total de fallecimientos registrados ese año[58].

En el **2024** se llevaron a cabo un promedio de 29,3 procedimientos eutanásicos al mes. Los 352 procedimientos representan el 33,7 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro. En ese año, el 98,1 % de los procedimientos (345 casos) fue llevado a cabo de forma intrahospitalaria y solamente el 1,9 % (7 casos) fue llevado a cabo en el domicilio de la persona[59].

En el **2023** se reportaron 271 casos de MMA a través de la eutanasia, lo que corresponde a un promedio de 22,6 procedimientos eutanásicos al mes, y representan el 25,9 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro[60].

En el **2022** se llevaron a cabo 181 procedimientos que representan un promedio de 15,1 procedimientos eutanásicos al mes. Los 181 procedimientos representan el 17,3 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro[61].

En el **2021** se reportaron 112 casos de MMA a través de la eutanasia, lo que corresponde a un promedio de 9,3 procedimientos eutanásicos al mes, y representan el 10,7 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro. El aumento en este caso es particularmente importante, en comparación con el año 2020 el aumento fue del 229,4 %, corresponde al valor más alto desde que se tiene registro[62]. El reporte para este año no es consistente con las cifras comunicadas previamente por el MSPS quien había reportado 36 procedimientos para dicho año[63].

En el **2020** se reportaron 34 casos. Este fue el año de la pandemia por COVID-19 y ha sido el único momento en donde los procedimientos llevados a cabo experimentaron una disminución (-20,9 %) en comparación con el año anterior. Estos casos corresponden a un promedio de 2,8 procedimientos eutanásicos al mes, y representan el 3,3 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro[64]. El reporte para este año no es consistente con las cifras comunicadas previamente por el MSPS[65].

En el **2019** se llevaron a cabo 43 procedimientos de MMA a través de la eutanasia[66], lo que corresponde a un promedio de 3,6 procedimientos al mes y representan el 4,1 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro. En comparación con el año anterior, los procedimientos aumentaron en un 79,2 %[67]. El reporte para este año no es consistente con las cifras comunicadas previamente por el MSPS[68].

[57] Cfr. (1) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p. (2) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p.

[58] DANE. (2024). Estadísticas Vitales (EEVV), Nacimientos y defunciones no fetales, Año 2024pr. Boletín técnico, marzo 26 de 2025.

[59] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[60] Ibid.

[61] Ibid.

[62] Ibid.

[63] Cfr. (1) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p. (2) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p.

[64] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[65] Cfr. (1) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p. (2) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p.

[66] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[67] Ibid.

[68] Cfr. (1) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p. (2) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p

INFOGRAFÍA #1

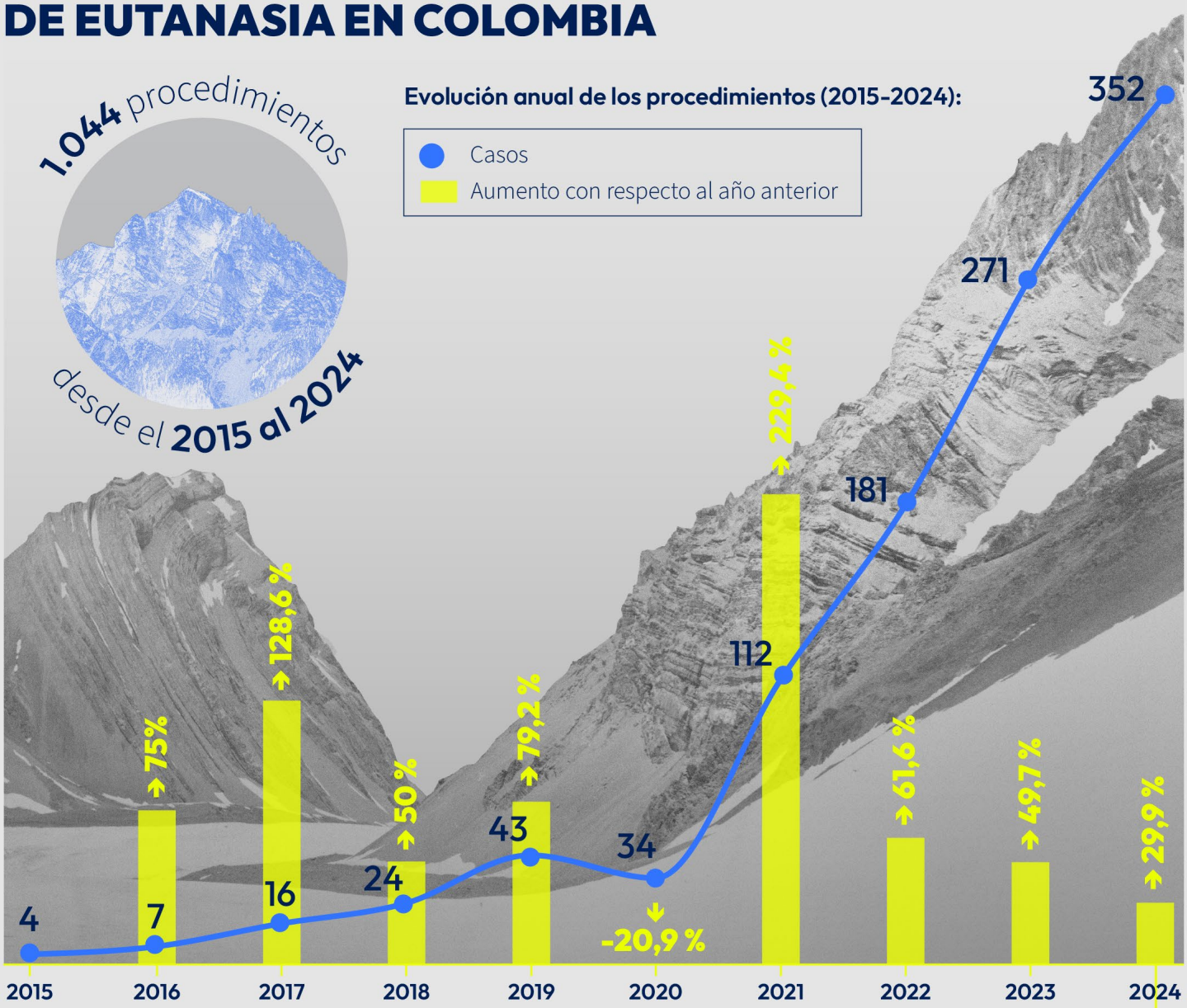
EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE EUTANASIA EN COLOMBIA

1.044 procedimientos desde el **2015 al 2024**

Evolución anual de los procedimientos (2015-2024):

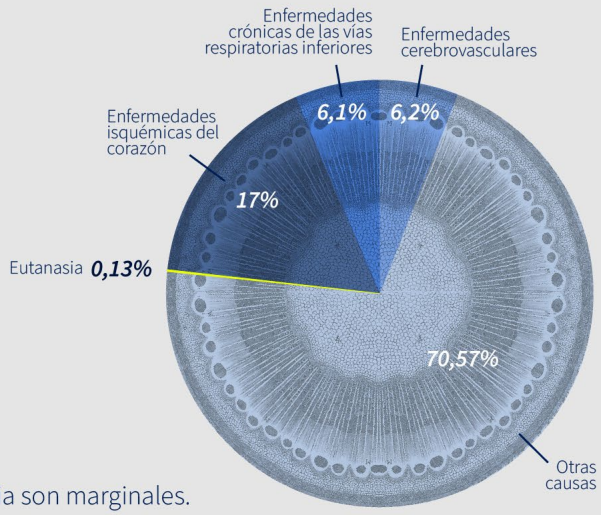
Casos

Aumento con respecto al año anterior



Principales causas de fallecimientos en Colombia en 2024:

Las muertes por eutanasia son marginales.



¿Dónde suceden los procedimientos? (2024):

98,1% **en un hospital**

1,9% **en casa**

En el **2018** se reportaron 24 casos. Estos corresponden a un promedio de 2 procedimientos eutanásicos al mes y representan el 2,3 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro. En comparación con el año anterior, los procedimientos aumentaron en un 50 %[69].

En el **2017** se llevaron a cabo 16 procedimientos de MMA a través de la eutanasia. Estos corresponden a un promedio de 1,3 procedimientos al mes y representan el 1,5 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro. En comparación con el año anterior, los procedimientos aumentaron en un 128,6 %[70].

En el **2016** se reportaron 7 casos. Estos corresponden a un promedio de 0,6 procedimientos eutanásicos al mes y representan el 0,7 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro. En comparación con el año anterior, los procedimientos aumentaron en un 75 %[71].

En el **2015** —primer año en el que se comenzó a llevar un registro—, se practicaron 4 procedimientos de MMA a través de la eutanasia, lo que corresponde a un promedio de 0,3 procedimientos al mes y representan el 0,4 % de todos los procedimientos realizados desde que se tiene registro[72].

El aumento sostenido —a excepción del 2020, año de la pandemia del COVID-19— revela los logros del movimiento social de muerte digna, particularmente, en lo referido al posicionamiento de mensajes positivos y transformadores en relación con la MMA y, particularmente con la eutanasia, así como sobre las decisiones autónomas en el fin de la vida. Sin embargo, no se trata de cantidad de procedimientos; las decisiones sobre el fin de la vida deben ser tomadas con seriedad y cuidado y, por esto, las personas deben estar acompañadas y asesoradas por la red de apoyo y por el sistema de salud colombiano.

Las solicitudes: la puerta de entrada al procedimiento

La información y datos disponibles desde 2015 se refieren únicamente a los procedimientos de MMA a través de la eutanasia que han sido efectivamente practicados. Gracias a la implementación del SRSE ordenado por la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-423 de 2017 —puesto en marcha de manera efectiva por el MSPS a través de la Resolución 971 de 2021—, hoy es posible conocer información detallada que incluye el registro de las solicitudes, la activación de los comités, la negación de los procedimientos y la práctica efectiva de los mismos.

El SRSE comenzó a implementarse y a proveer información a partir del 1 de octubre de 2021 y los datos se reportan en esta publicación con corte al 31 de diciembre de 2024[73]. Previo a ese lapso, la información detallada sobre las solicitudes y activaciones de los comités no se encuentra disponible. Tampoco es posible saber si se han efectuado solicitudes para acceder a la AMS en tanto la mencionada resolución no ha sido modificada para dar respuesta a la despenalización de este procedimiento efectuada por la Sentencia C-164 de 2022.

Desde la implementación del SRSE se han registrado **2.491 solicitudes** totales de eutanasia. Durante el **2024** se elevaron **1.169 de solicitudes** para acceder a la eutanasia en el marco del sistema de salud colombiano, cifra que al ser contrastada con los 352 procedimientos practicados en ese mismo año arroja una tasa de aprobación del 30,1 %, es decir, solo 3 de cada 10 solicitudes elevadas son efectivamente llevadas a cabo, la tasa más baja desde que se tiene registro[74]. En este año, el número de solicitudes se incrementó en un 41 % con respecto al año anterior y correspondió a 97,4 solicitudes mensuales[75].

[69] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[70] Ibid.

[71] Ibid.

[72] Ibid.

[73] IBid

[74] Ibid.

[75] Ibid.

El mes con más solicitudes en el 2024 fue diciembre (130 casos) y febrero con el menor número (81 casos). En el 80,8 % de las solicitudes las personas reportaron no tener una discapacidad. Para los restantes, la discapacidad física fue la más frecuente (13,9 %), seguida por la discapacidad múltiple (3,5 %) y por la discapacidad visual (0,7 %). Los casos relativos a las personas con discapacidad mental correspondieron al 0,7 % y no se reportaron solicitudes de eutanasia elevadas por personas con discapacidades intelectuales[76].

Las personas prefieren hacer las solicitudes para acceder a la MMA de forma verbal en lugar de hacerlas de forma escrita. Del total de solicitudes registradas en el 2024, el 60,1 % (703 solicitudes) se hizo de manera verbal ante un profesional de la salud en el marco de una atención. El 28,2 % (330 solicitudes) fueron hechas de forma escrita ante una IPS o ante una empresa aseguradora[77]. No es posible saber si las solicitudes hechas mediante un DVA son llevadas a cabo de forma escrita o verbal.

De las 1.169 solicitudes elevadas por las personas durante el 2024, se activaron los respectivos comités científico-interdisciplinarios para la muerte digna en el 95,9 % de los casos (para 1.121 solicitudes). En el restante 4,1 % (48 casos), los comités no fueron activados[78].

Los reportes del MSPS sobre las respuestas dadas por los comités a los solicitantes presentan serias deficiencias. De 1.121 activaciones de comités durante el 2024, no hay información para 507 casos (45,2 %), es decir, la autoridad sabe que los comités se activaron, pero no tiene información adicional; no sabe si las solicitudes fueron respondidas, aprobadas, negadas o practicadas, ni si se tomaron acciones de investigación y sanción por parte de la autoridades[79]. Para los casos restantes, en el 47,1 % de los casos (529 solicitudes) se aprobó el procedimiento y para el restante 7,58 % (85 solicitudes) se negó[80]. Para las 529 solicitudes aprobadas, 469 personas reiteraron su voluntad, pero solo fueron practicados 352 procedimientos, lo que indica que por lo menos 117 personas fallecieron esperando a que su procedimiento de eutanasia fuera practicado[81].

Producto de las acciones de incidencia y presión judicial llevadas a cabo por **DescLAB**, por primera vez, el MSPS reportó que el tiempo que transcurre entre la formulación de la solicitud y la activación del comité en el 2024 es de 33,5 horas[82]. Sin embargo, las normas colombianas otorgan un plazo máximo de 24 horas para llevar a cabo este paso.

En 2024, el tiempo transcurrido entre la activación de los comités y su respuesta fue de 7,3 días[83]. Esto contrasta con las cifras previamente reportadas e indica un avance: para el corte del 15 de octubre de 2021, el MSPS había reportado un tiempo promedio de 12 días[84]; mientras que en 2020 reportó un tiempo promedio de 14 días[85] y; en el 2019, reportó un tiempo promedio de 17 días[86]. El plazo ordenado por las normas colombianas es de máximo 10 días calendario. En el presente informe —debido a las respuestas incompletas del MSPS— no fue posible conocer la información del tiempo que transcurre entre la respuesta de los comités y la práctica del procedimiento eutanásico.

En el **2023** se hicieron 829 solicitudes de eutanasia, dato que al compararse con los 271 procedimientos llevados a cabo en ese año arroja una tasa de aprobación del 32,7 %[87]. En este año, el número de solicitudes se incrementó en un 79,8 % con respecto al año anterior y correspondió a 97,4 solicitudes mensuales[88]. A lo largo de **2022**, —primer año que estas cifras sobre las solicitudes están completas y disponibles— las personas en Colombia han formularon 461 solicitudes de eutanasia, lo que corresponde a un promedio de 38,4 solicitudes por mes[89]. Para dicho año, la tasa de aprobación de 39,3 %, es decir, cerca cada 4 de 10 solicitudes llevadas a cabo, la más alta desde que se tiene registro[90].

[76] Ibid.

[77] Ibid.

[78] Ibid.

[79] Ibid.

[80] Ibid.

[81] Ibid.

[82] Ibid.

[83] Ibid.

[84] Cfr. (1) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p. (2) Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p.

[85] Ibid.

[86] Ibid.

[87] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[88] Ibid.

[89] Ibid.

[90] Ibid.

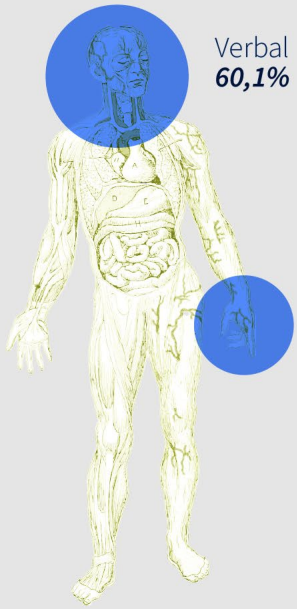
INFOGRAFÍA #2

LAS SOLICITUDES: LA PUERTA DE ENTRADA AL PROCEDIMIENTO

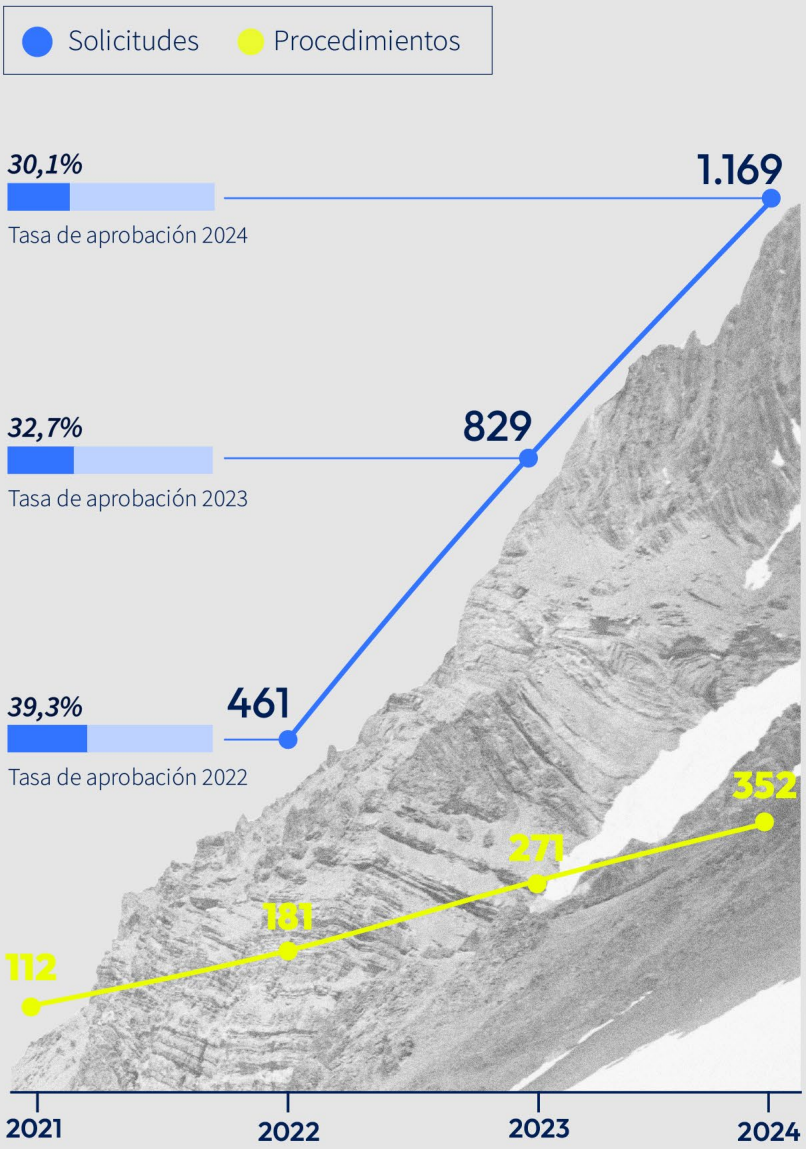
Solicitudes registradas desde la implementación del Sistema de Reporte de Solicitudes de Eutanasia (SRSE):

Desde el 1 de octubre de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Formas de solicitud en 2024:

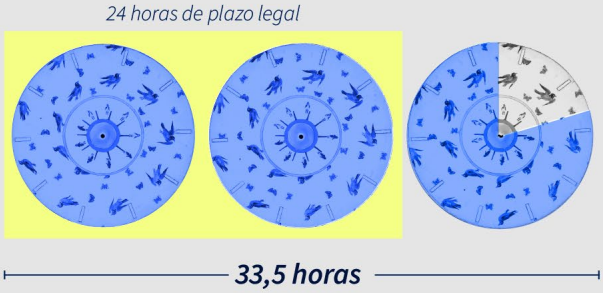


Distribución anual de solicitudes a la eutanasia vs. procedimientos:

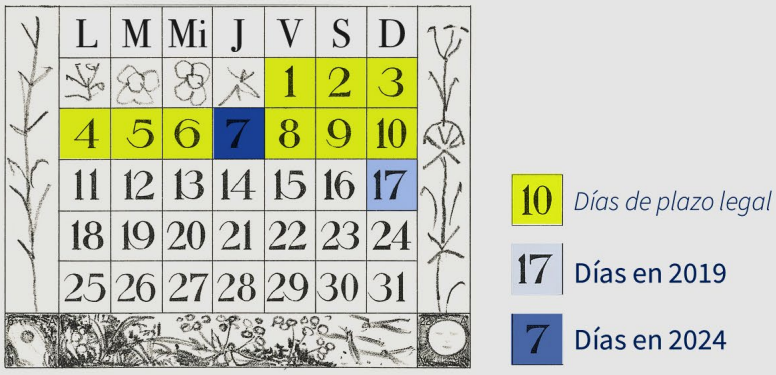


Tiempo promedio entre la solicitud y la activación del comité en 2024:

= 12 horas de espera



Tiempo entre la activación del comité y la respuesta:



Sexo: mujeres y hombres acceden con relativo balance

Con corte a diciembre 31 de 2024, 562 hombres (53,8 %) y 481 mujeres (46,1 %) ejercieron el derecho a una muerte digna a través de la eutanasia. En 2022 se registró por primera vez un procedimiento en una persona trans y al corte de los datos reportados, sigue siendo la única persona reportada bajo esta categoría. No se han registrado casos de personas intersexuales[91]. Cuando los datos se analizan de forma agregada es posible encontrar un relativo balance entre hombres y mujeres en el acceso a la MMA. Sin embargo, entre 2015 y 2025 la evolución de la distribución por sexo llama la atención.

En el **2015**, primer año en que se comenzaron a registrar los procedimientos de MMA a través de la eutanasia en Colombia, la totalidad de procedimientos (4 casos) correspondió a hombres[92]. Los primeros procedimientos sobre mujeres se registraron en el **2016**. Para ese año las mujeres representaron el 28,6 % de los procedimientos (2 casos) y los hombres el 71,4 % (5 casos)[93].

En el **2017** el panorama cambió abruptamente. Para ese año las mujeres representaron el 62,5 % de los procedimientos (10 casos) y los hombres el 37,5 % (6 casos). Es el primer año en que la brecha entre hombres y mujeres se invierte y estas superan a aquellos[94]. En el **2018**, el 54,2 % de los procedimientos se llevó a cabo en hombres (13 casos) y el 45,8 % en mujeres (11 casos). Para este año la brecha vuelve a invertirse a favor de los hombres, pero se cierra de forma importante para acercarse a un relativo balance[95].

En el **2019**, el 60,5 % de los procedimientos se llevó a cabo en hombres (26 casos) y el 39,5 % en mujeres (17 casos). Para este año la brecha se profundiza a favor de los hombres y pierde balance en relación con el acceso de las mujeres a la eutanasia[96]. En el **2020** el panorama volvió a cambiar. Para ese año las mujeres representaron el 58,8 % de los procedimientos (20 casos) y los hombres el 41,2 % (14 casos). Es el segundo año en que la brecha entre hombres y mujeres se invierte y estas superan a aquellos[97].

En el **2021**, el 55,8 % de los procedimientos se llevó a cabo en hombres (53 casos) y el 44,2 % en mujeres (42 casos). Para este año la brecha vuelve a invertirse a favor de los hombres, pero se cierra de forma importante para acercarse a un relativo balance[98]. El año con el mayor balance es el 2022, el 49,5,8 % de los procedimientos se llevó a cabo en hombres (49 casos) y el 49,5 % en mujeres (49 casos)[99].

En el **2023**, el 53,5 % de los procedimientos se llevó a cabo en hombres (145 casos) y el 46,5 % en mujeres (126 casos). En el **2024**, el 55,7 % de los casos se llevó a cabo en hombres (196 procedimientos) y el restante 44,3 % en mujeres (156 procedimientos). En estos dos últimos años no se reportaron casos en personas trans ni intersexuales[100].

Pero el relativo balance entre hombres y mujeres para los procedimientos practicados se altera cuando se analiza el sexo de las personas que hacen las **solicitudes**. Entre 2021 y 2023, las mujeres superan a los hombres. En 2023, el 53,2 % de las solicitudes fueron elevadas por mujeres (441 casos), mientras que el 45,7 % fueron elevadas por hombres (379 casos)[101]. En 2022, el 55,1 % de las solicitudes fueron elevadas por mujeres (254 casos), mientras que el 45,5 % fueron elevadas por hombres (205 casos)[102]. Y en la fracción del 2021, el 56,3 % de las solicitudes fueron elevadas por mujeres (18 casos), mientras que el 43,8 % fueron elevadas por hombres (14 casos)[103]. Solamente en el 2024 la distribución se invirtió, el 45 % de las solicitudes fueron elevadas por mujeres (526 casos), mientras que el 53,8 % eran hombres (629 casos), en el 1,2 % de los no se informó el sexo o eran personas trans[104].

[91] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[92] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p.

[93] Ibid.

[94] Ibid.

[95] Ibid.

[96] Ibid.

[97] Ibid.

[98] Ibid.

[99] Ibid.

[100] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[101] Ibid.

[102] Ibid.

[103] Ibid.

[104] Ibid.

Al comparar la distribución por sexo de las solicitudes de eutanasia y los procedimientos efectivamente practicados, es posible afirmar que existe una brecha que requiere seguimiento. Es probable que, en el caso de las mujeres, algunas de las barreras más difíciles de documentar ocurran en la privacidad del consultorio médico, donde su voluntad puede no ser escuchada, o no ser tomada en serio, ni tramitada. Esta hipótesis plantea una línea de análisis que merece ser desarrollada, y que es coherente con lo que diversos estudios han evidenciado sobre los sesgos de género en la atención en salud.

Localización geográfica: concentración de los procedimientos en las dos principales ciudades de Colombia

Desde 2015 y con corte al 31 de diciembre de 2024, el total de los procedimientos de eutanasia se concentró en Bogotá (capital de Colombia) y en el departamento de Antioquia. En Bogotá se han desarrollaron 448 procedimientos (42,91 %) y en Antioquia 445 procedimientos (42,62 %)[105]. En conjunto, estas dos ciudades agrupan el 85,53 % de procedimientos llevados a cabo en Colombia.

En el 2024 fue la segunda vez que Bogotá superó a Antioquia en el número de casos, un hecho relevante si se considera que en años anteriores el departamento había liderado con una diferencia significativa la práctica de los procedimientos.

En el 2023, la distribución fue del 43,06 % para Antioquia y 41,18 % para Bogotá[106]; en 2022, fue del 48,46 % para Antioquia y 33,49 % para Bogotá[107] y; en 2021, la distribución fue del 50 % para Antioquia y 32,58 % para Bogotá[108]. Esta evolución refleja un cambio estructural positivo en la atención, en donde cada vez más IPS en la capital están reconociendo su obligación de recibir, tramitar y realizar los procedimientos. Gracias a la incidencia judicial y mediática, algunas barreras de acceso han comenzado a superarse.

El restante 14,47 % de procedimientos eutanásicos desarrollados entre 2015 y 2024 se encuentran en: el Valle del Cauca (Cali) con 75 casos que representan el 7,18 %[109]; en Risaralda (Pereira) con 49 casos que representan el 4,69 %[110]; en Caldas (Manizales) se han registrado seis casos, mientras que Huila (Neiva) se han llevado a cabo cinco procedimientos[111]. Esta distribución resulta desconcertante, pues las ciudades de Manizales y Neiva son mucho más pequeñas y con menor población que otros departamentos y sus capitales como Santander (Bucaramanga), en donde solo se han reportado dos casos y en Atlántico (Barranquilla) en donde solo se ha reportado un caso entre 2015 y 2024[112].

Paulatinamente, se presentaron los primeros casos en departamentos y sus capitales que son ciudades intermedias. En 2023, se presentó el primer caso en Tolima (Ibagué) y; en 2024, se presentaron los primeros casos en Boyacá (Tunja), Nariño (Pasto) y Caquetá (Florencia)[113].

Entre el 1 de octubre de 2021 y el 31 de diciembre de 2024 se han reportado **2.491 solicitudes** de MMA a través de la eutanasia[114]. Bogotá concentra el 47,9 % (1192 solicitudes) y Antioquia el 31,2 % (777 solicitudes)[115]. Estos datos contrastan con la distribución geográfica de los procedimientos de eutanasia efectivamente realizados a lo largo de los años, lo que revela que, proporcionalmente, en Bogotá se hacen más solicitudes, mientras que en Antioquia se aprueban y llevan a cabo más procedimientos.

La tasa de aprobación en el 2024 fue del 30,11 %[116]. No obstante, este dato es significativamente más alto en Risaralda en donde está más de 10 puntos porcentuales por encima que la media nacional y se sitúa en

[105] Ibid.

[106] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p.

[107] Ibid.

[108] Ibid.

[109] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[110] Ibid.

[111] Ibid.

[112] Ibid.

[113] Ibid.

[114] Ibid.

[115] Ibid.

[116] Ibid.

[117] Ibid.

43,75 %[117]. Es decir, que mientras que en Colombia se aprueban solamente 3 de cada 10 solicitudes de eutanasia, en Risaralda se aprueba 4,3 de cada 10. La tasa de aprobación es también ligeramente más alta en Antioquia, en donde se sitúa en el 36,84 %, casi siete puntos porcentuales por encima de la media nacional[118].

En el 2024, algunos departamentos en los cuales se han reportado solicitudes pero no se han reportado procedimientos llaman especialmente la atención. El departamento de Cundinamarca reportó 33 solicitudes (3,98 % de las solicitudes reportadas) pero ningún procedimiento de eutanasia llevado a cabo[119]. El departamento de Santander reportó 18 solicitudes en 2024, pero ningún procedimiento realizado[120]. El departamento del Atlántico reportó 3 solicitudes pero ningún procedimiento realizado para ese mismo año[121]. En el Meta se llevaron a cabo 17 solicitudes, pero ningún procedimiento realizado[122]. En el Cauca se llevaron a cabo 8 solicitudes, pero ningún procedimiento realizado[123]. En el Tolima 13 solicitudes y solo un procedimiento realizado[124].

Bogotá, capital de Colombia, es el primer lugar con más procedimientos practicados con un total de 448, los cuales representan el 42,91 % de todas las eutanasias en Colombia[125]. En 2024 se llevaron a cabo 163 procedimientos, lo que significó un aumento leve de casos del 13,2 %, esto contrasta con el hecho que, en el año anterior, los casos en este lugar aumentaron un 176,9 %, pasando de 52 en el 2022 a 144 en el 2023[126].

Los primeros procedimientos de MMA se llevaron a cabo desde el 2015 (2 casos), año en el cual se comenzó a llevar el reporte oficial. En el 2016 se reportó un caso; en el año 2017 se llevaron a cabo 8 procedimientos; en 2018, 14 casos; en 2019, 16 procedimientos; en 2020, 8 casos; en 2021, 23 procedimientos; en 2022, 52 casos y; en 2023, 144 casos[127].

La distribución por sexo de los procedimientos de MMA durante el 2024 en la ciudad de Bogotá describe una profundización de la brecha de género. Las mujeres representaron el 39,9 % de los procedimientos realizados (65 casos), mientras que los hombres representaron el 60,1 % (98 casos)[128].

Antioquia es el segundo lugar en donde más procedimientos eutanásicos se han desarrollado. Los 445 procedimientos corresponden al 42,6 % de todos los efectuados desde que se tiene registro en Colombia[129]. Entre 2023 y 2024, en Antioquia los procedimientos de eutanasia aumentaron en un 56,4 %, pasando de 94 casos a 147[130]. A pesar de que en este departamento se registra uno de los mayores números de procedimientos de MMA, estos solo comenzaron a desarrollarse a partir del año 2017; en 2015 y 2016 no se registraron casos. En el año 2017 se llevaron a cabo 4 procedimientos; en 2018, 6 casos; en 2019, 24 procedimientos —en este año se registró un aumento de 300 % en relación con el año anterior—; en 2020, 20 casos; en 2021, 56 procedimientos; en 2022, 94 casos y en 2023, 94 procedimientos de eutanasia[131].

Aunque los procedimientos se llevan a cabo en la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia, cada vez más personas de otros municipios del departamento se practican procedimientos de eutanasia. Durante 2024, se realizaron 133 procedimientos en Medellón, 12 en Rionegro, y en Copacabana y Envigado 1 procedimiento en cada municipio[132]. Esto contrasta con la cantidad de municipios en donde se hacen las solicitudes: en más de 36 municipios de 125 en total se ha recibido por lo menos una solicitud. La mayor cantidad de solicitudes se han elevado en Medellín (222 casos), Envigado (43 casos), Itagüí (26 casos), Rionegro (17 casos) y Bello (12 casos)[133].

[118] Ibid.
[119] Ibid.
[120] Ibid.
[121] Ibid.
[122] Ibid.
[123] Ibid.
[124] Ibid.
[125] Ibid.
[126] Ibid.
[127] Ibid.
[128] Ibid.
[129] Ibid.
[130] Ibid.
[131] Ibid.
[132] Ibid.
[133] Ibid.

La distribución por sexo de los procedimientos de MMA en Antioquia durante el 2024 sigue la tendencia nacional. Los hombres representaron el 51,7 % (76 casos) y las mujeres el 48,3 % (71 casos). En Medellín se registró el primer y único caso a la fecha llevado a cabo en una persona trans[134].

Valle del Cauca es el tercer lugar en donde más procedimientos eutanásicos se han desarrollado. Los 75 procedimientos corresponden al 7,2 % de todos los efectuados desde que se tiene registro en Colombia[135]. El departamento del Valle del Cauca experimentó un decrecimiento inusual de los procedimientos en los últimos dos años. Mientras que entre 2021 y 2022 los procedimientos crecieron en un 60 %, entre 2022 y 2023 solo crecieron un 18,8 % y entre 2023 y 2024 decrecieron en un -5,3 %[136]. Además, esta disminución contrasta con el número de solicitudes y su aumento porcentual en el mismo periodo. Entre 2022 y 2023, el número de solicitudes pasó de 6 a 47, mostrando un aumento del 87,2 % y; entre 2023 y 2024, el número de solicitudes pasó de 47 a 90, mostrando un aumento del 47,8 %. Esta situación, junto con una tasa de aprobación para el departamento que se sitúa en el 20 %, diez puntos porcentuales por debajo de la media nacional, indica la presencia de barreras locales que dificultan, de forma sospechosa, el acceso a los procedimientos de MMA.

Los primeros procedimientos de MMA en el Valle del Cauca se llevaron a cabo en el 2016, con 2 casos; en el año 2017 se llevó a cabo 1 procedimiento; en 2018, 2 casos; en 2019, 3 procedimientos; en 2020, 4 casos; en 2021, 10 procedimientos; en el 2022, 16; en el 2023, 19 y; en el 2024, 18[137]. Aunque los procedimientos se llevan a cabo en la ciudad de Cali, capital del departamento de Valle del Cauca, se reportan solicitudes elevadas en 2024 en 7 municipios de un total de 42 municipios del departamento[138].

La distribución por sexo de los procedimientos de MMA en 2024 en el Valle del Cauca se invierte en relación con la distribución nacional. Las mujeres representaron el 55,6 % (10 casos) y los hombres el 44,4 % (8 casos)[139].

Risaralda es el cuarto lugar en donde más procedimientos eutanásicos se han desarrollado. Los 49 procedimientos corresponden al 4,7 % de todos los procedimientos desarrollados desde que se tiene registro en Colombia[140]. Risaralda experimentó un aumento de casos entre 2023 y 2024 del 40 %, pasando de 10 a 14 casos[141].

De los primeros cuatro procedimientos registrados en 2015 —año en el cual se comenzó a llevar el reporte oficial— la mitad (2 casos) tuvo lugar en Risaralda. En el 2016 se reportaron 4 casos; en el año 2017 se llevaron a cabo 2 procedimientos; en 2018, 1 caso; en 2019, no se llevaron a cabo procedimientos; en 2020, 2 casos; en 2021, 3 procedimientos; en 2022, 11 casos; en 2023, 10 casos y; en 2024, 14 casos[142].

Aunque los procedimientos se llevan a cabo en la ciudad de Pereira, capital del departamento de Risaralda, personas de otros dos de los 14 municipios han solicitado la MMA a través de la eutanasia[143].

La distribución por sexo de los procedimientos de MMA en Risaralda describe una profundización de la brecha de sexo en comparación con la media nacional. En 2024, los hombres representaron el 64,3 % (9 casos) y las mujeres el 35,7 % (5 casos)[144].

La falta de dispersión geográfica de los procedimientos de MMA a través de la eutanasia ha estado presente desde los inicios del registro. Los procedimientos se llevan a cabo en los principales centros urbanos de Colombia y, lentamente, comienzan a ser llevados a cabo en ciudades intermedias. Es más fácil acceder a este tipo de procedimientos en lugares más desarrollados, con una red de prestadores más madura y sofisticada y, por supuesto, lugares en donde el acceso a la justicia y los medios de comunicación es mayor. Esto no quiere decir que en Bogotá y en Medellín el acceso a la muerte digna sea perfecto, pero sí hay un mayor acceso a información, herramientas y recursos que facilita las solicitudes y su trámite.

[134] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p.

[135] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[136] Ibid.

[137] Ibid.

[138] Ibid.

[139] Ibid.

[140] Ibid.

[141] Ibid.

[142] Ibid.

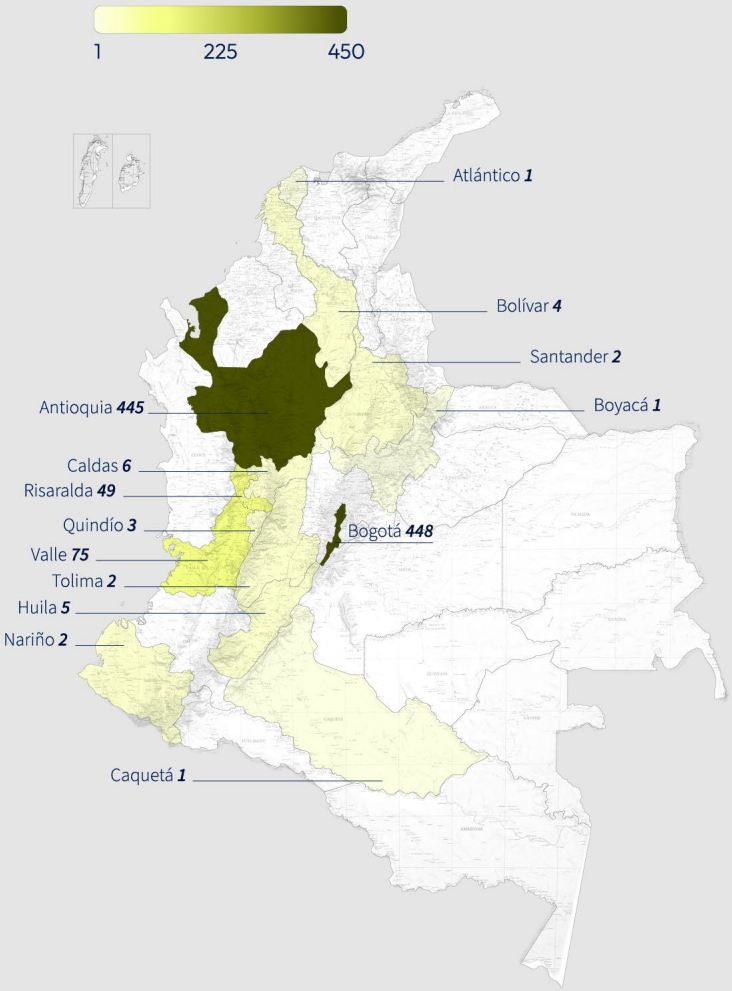
[143] Ibid.

[144] Ibid.

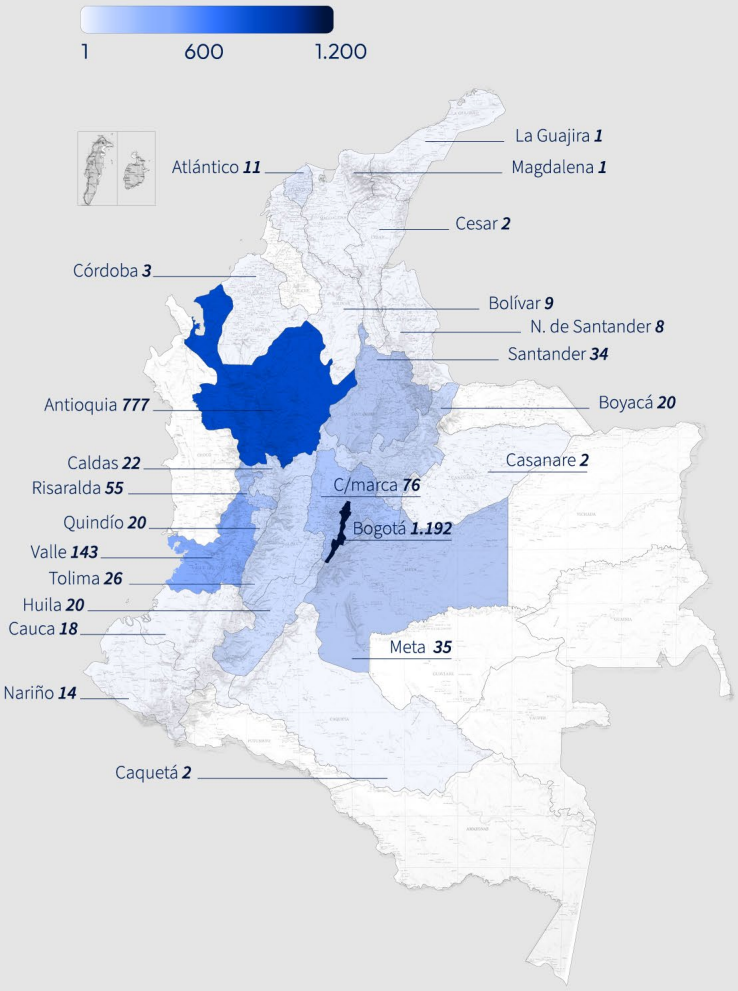
INFOGRAFÍA #3

CONCENTRACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EN LAS DOS PRINCIPALES CIUDADES DE COLOMBIA

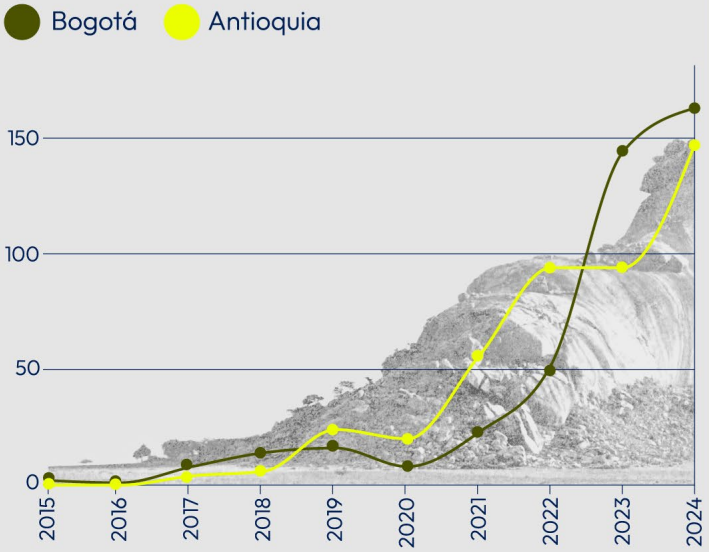
Procedimientos (2015 - 2024):



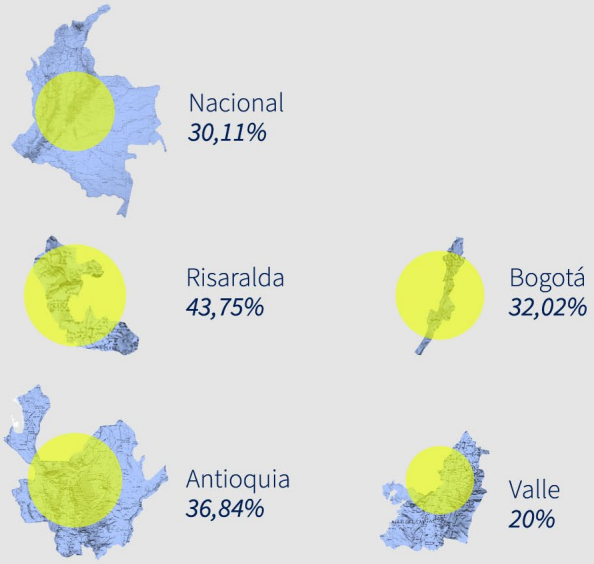
Solicitudes (Oct. 2021 - Dic. del 2024):



Evolución anual de los procedimientos en Bogotá y Antioquia:



Tasa de aprobación de solicitudes en los principales departamentos y Bogotá:



Algunos lugares intermedios en Colombia llaman la atención por la precaria implementación y acceso al derecho a morir dignamente, particularmente, los departamentos del Valle del Cauca, de Atlántico y Santander, lugares desarrollados, ampliamente poblados y con ofertas robustas en servicios de salud en donde las cifras de acceso efectivo deberían ser mejores.

Edades: un procedimiento llevado a cabo principalmente sobre personas mayores con edades no avanzadas

Hasta el año 2022, todos los procedimientos de MMA a través de la eutanasia llevados a cabo en Colombia se habían practicado sobre personas mayores de edad, es decir, personas mayores de 18 años[145]. Entre 2023 y 2024 se presentaron los primeros dos casos de eutanasia en menores de edad (uno en cada año) que representan el 0,2 % de todos los casos registrados[146]. Desde 2017, por orden de la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-544 de 2017 y bajo los parámetros establecidos en la Resolución 825 de 2018 del MSPS, este procedimiento puede ser practicado a niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años).

De acuerdo con los reportes más actualizados del MSPS, la edad promedio de quienes han solicitado el procedimiento de MMA es de 62,6 años[147]. Se trata, así, de un procedimiento llevado a cabo principalmente sobre personas mayores que no tienen una edad avanzada. Cuando este dato se compara con los años de esperanza de vida al nacer, que para el 2024 correspondían en promedio a 77,2, la edad promedio de acceso a la MMA se sitúa 14,6 años por debajo.

Las edades promedio de quienes solicitan la eutanasia están alineadas con el mismo dato para los procedimientos practicados. En 2024, la edad promedio de quienes elevaron estas solicitudes fue de 62,8 años, la más alta desde que se tiene registro. En 2023 fue de 60,8 años, en 2022 fue de 62 y para la fracción de tres meses del año 2021 de la cual se tiene información fue de 59 años[148].

Tipos de enfermedades: concentración de los procedimientos en personas con cáncer

En Colombia, los diagnósticos oncológicos son el principal tipo de enfermedad por la cual las personas solicitan la MMA a través de la eutanasia. Actualmente, el 74,6 % de todos los procedimientos de eutanasia (779 casos) fueron practicados a personas que tenían un diagnóstico principal relativo al cáncer. Los principales diagnósticos de este tipo que motivaron decisión de acceder a la eutanasia en 2024 fueron: cáncer de estómago (31 casos), de páncreas (23 casos), de recto (22 casos) y de pulmón (21 casos)[149].

Los diagnósticos no oncológicos corresponden al 25,4 % (265 casos) de las causas por las cuales las personas solicitan la MMA[150]. Los principales diagnósticos de este tipo que motivaron la decisión de acceder a la eutanasia fueron: la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con 25 casos, el dolor crónico intratable (7 casos), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (6 casos) y la insuficiencia renal crónica (6 casos)[151].

La distribución por tipo de enfermedad se ha transformado a lo largo de los últimos años y, paulatinamente, la brecha entre diagnósticos oncológicos y no oncológicos se ha venido cerrando. En el 2015 —primer año en que se comenzó el registro— los procedimientos relacionados con el cáncer representaron el 75 % (3 casos) y aquellos no oncológicos el 25 % (1 caso). Este caso en particular se trató de una persona con ELA en la ciudad de Bogotá[152].

En el **2016** los procedimientos relacionados con el cáncer representaron el 85,7 % (6 casos) y aquellos no oncológicos el 14,3 % (1 caso). Este caso en particular se trató también de una persona con ELA en la ciudad de Cali, Valle del Cauca[153]. En el **2017** los procedimientos

[145] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p.

[146] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[147] Ibid.

[148] Ibid.

[149] Ibid.

[150] Ibid.

[151] Ibid.

[152] Ibid.

[153] Ibid.

relacionados con el cáncer representaron el 87,5 % (14 casos) y aquellos no oncológicos el 12,5 % (2 casos). Estos casos se refirieron a dos personas con ELA, una en Bogotá y otra en Medellín[154].

En el **2018**, el 95,8 % de los procedimientos se llevó a cabo en personas con enfermedades oncológicas (23 casos) y el 4,2 % en personas con enfermedades no oncológicas (1 caso). Este caso en particular se trató de una persona con ELA en la ciudad de Cartagena, Bolívar[155]. Este es el año en el que la brecha por tipo de enfermedad fue más pronunciada.

En el **2019**, los procedimientos relacionados con el cáncer representaron el 86 % (37 casos) y aquellos no oncológicos el 14 % (6 casos). En este año —por primera vez— la brecha desciende levemente y los casos de enfermedades no oncológicas aumentan en un 500 % con respecto al año anterior (pasando de un caso a seis casos). Además, es el primer año en que este tipo de enfermedades no se limitan a la ELA (4 casos) y se registran los primeros casos relacionados con la falla cardiaca y con la insuficiencia renal, ambos en la ciudad de Medellín, Antioquia[156].

En el **2020**, el 94,1 % de los procedimientos se llevó a cabo en personas con enfermedades oncológicas (32 casos) y el 5,9 % en personas con enfermedades no oncológicas (2 casos). En este año la brecha alcanza su segundo pico más alto desde 2015. Los casos no oncológicos corresponden uno a ELA y otro al EPOC diagnóstico que aparece por primera vez, ambos en la ciudad de Medellín, Antioquia[157].

En el **2021**, los procedimientos relacionados con el cáncer representaron el 81,1 % (77 casos) y aquellos no oncológicos el 18,9 % (18 casos). En este año la brecha comienza a descender de forma importante y los casos de enfermedades no oncológicas aumentan en un 800 % con respecto al año anterior (pasando de 2 casos a 18 casos). En este año se registran los primeros casos para diagnósticos como la esclerosis múltiple (Medellín, Antioquia), la ataxia espinocerebelosa (Medellín, Antioquia), las secuelas de la enfermedad cerebrovascular (Medellín, Antioquia), lesión traumática de la médula espinal (Medellín, Antioquia) y la enfermedad de Parkinson en Bogotá[158].

En el **2022**, el 70,2 % de los procedimientos se llevó a cabo en personas con enfermedades oncológicas (127 casos) y el 29,8 % en personas con enfermedades no oncológicas (54 casos). En este año la brecha alcanza su nivel más bajo desde 2015. También es el primer año en donde se llevan a cabo procedimientos de eutanasia en personas con diagnósticos no oncológicos como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el trastorno depresivo recurrente, ambos en la ciudad de Medellín, Antioquia[159]. En el **2023**, los procedimientos relacionados con el cáncer representaron el 73,4 % (199 casos) y aquellos no oncológicos el 26,6 % (72 casos)[160].

En el **2024**, los casos oncológicos representaron el 71,9 % y los no oncológicos el 28,1 % [161]. Esta distribución se mantiene para las solicitudes registradas en el mismo año. El 72,7 % de quienes solicitaron la eutanasia tenían un diagnóstico oncológico y el 27,7 % de otro tipo.

El año 2021 marcó un cambio decisivo en los requisitos para acceder a la eutanasia, pues la Corte Constitucional eliminó la barrera de la enfermedad terminal. Desde 1997 era necesario que la enfermedad que justificaba la solicitud estuviera en estado terminal [162], es decir, de acuerdo con el protocolo técnico del MSPS, que el pronóstico de vida fuera inferior a seis meses[163]. Con la Sentencia C-233 de 2021, basta con tener una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, sin importar si el pronóstico de la enfermedad es largo o corto[164].

Este cambio también se refleja claramente en las cifras disponibles sobre las **solicitudes** de MMA a través de la eutanasia. Del total de 2.492 solicitudes efectuadas y registradas desde 2021 y hasta el 31 de diciembre de 2024, el 58,9 % corresponde a casos de enfermedades incurables avanzadas y el 10,4 % corresponde

[154] Ibid.
[155] Ibid.
[156] Ibid.
[157] Ibid.
[158] Ibid.
[159] Ibid.
[160] Ibid.
[161] Ibid.
[162] Corte Constitucional colombiana. Sentencia C-239 de 1997. MP: Carlos Gaviria Díaz.
[163] Cfr. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia.
[164] Cardozo Vargas, Catalina. (2024). La enfermedad grave desde el lente biopsicosocial. Estado del arte y propuesta de definición para casos de muerte digna. DescLAB: Bogotá. 31 p.

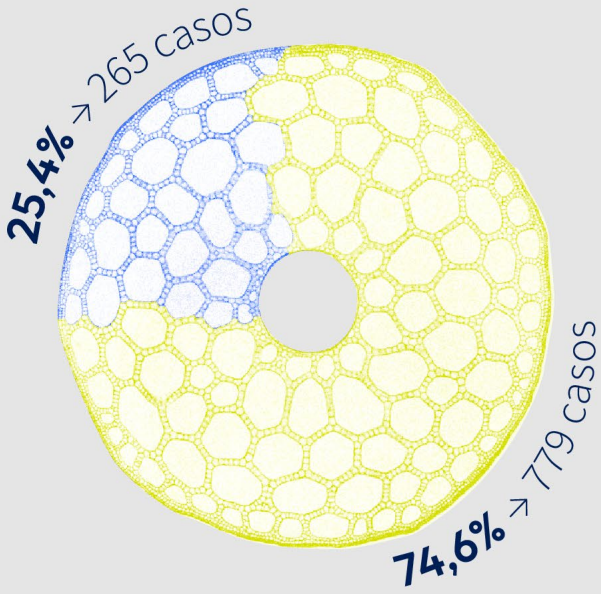
INFOGRAFÍA #4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE EUTANASIA POR TIPO DE ENFERMEDAD

Los diagnósticos oncológicos son la principal razón para solicitar la eutanasia, aunque la brecha con los diagnósticos no oncológicos se ha ido cerrando en los últimos años.

Casos con diagnósticos **no oncológicos** | Casos con diagnósticos **oncológicos**

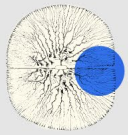
Histórico de procedimientos por tipo de diagnóstico (2015-2024):



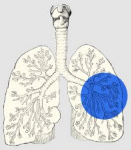
Procedimientos por tipo de enfermedad en 2024:

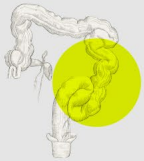
ELA
Esclerosis Lateral Amiotrófica
25 casos

Estómago
31 casos

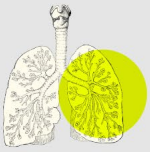

Dolor crónico intratable
7 casos

Páncreas
23 casos


EPOC
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
6 casos


Recto
22 casos

Insuficiencia renal crónica
6 casos


Pulmón
21 casos

Evolución anual de procedimientos por tipo de diagnóstico (2015-2024):

2015		25% (1 caso)	75% (3 casos)
2016		14,3% (1 caso)	85,7% (6 casos)
2017		12,5% (2 casos)	87,5% (14 casos)
2018*	La brecha más alta	4,2% (1 caso)	95,8% (23 casos)
2019		14% (6 casos)	86% (37 casos)
2020		5,9% (2 casos)	94,1% (32 casos)
2021*	Eliminación del requisito de "enfermedad en estado terminal"	18,9% (18 casos)	81,1% (77 casos)
2022*	La brecha más baja	29,8% (54 casos)	70,2% (127 casos)
2023		26,6% (72 casos)	73,4% (199 casos)
2024		28,1% (99 casos)	71,9% (253 casos)

a condiciones graves incurables lo que, en conjunto, representa el 69,2 % de todas las solicitudes registradas[165]. Las enfermedades en estado terminal representan el 25,6 % y las situaciones de agonía el 1,9 %[166].

A pesar de que la brecha entre enfermedades oncológicas y no oncológicas ha comenzado a cerrarse en los últimos años, algunas situaciones llaman la atención. La ELA es el diagnóstico que domina las solicitudes y procedimientos de eutanasia no oncológicos, mientras que los demás tipo de diagnósticos tienen una bajísima frecuencia. Además, algunas enfermedades no aparecen de forma suficiente como razón para tomar este tipo de decisiones y ello llama la atención, por ejemplo: las enfermedades mentales, las enfermedad cardiacas, el Alzheimer, entre otras enfermedades.

Uso de documentos de voluntad anticipada: la falta de conocimiento y uso de esta herramienta para tomar el control sobre el fin de la vida

La toma de decisiones anticipadas sobre el fin de la vida a través de un DVA sigue siendo baja. Con corte al 31 de diciembre de 2024, de las 1.044 personas que accedieron a la MMA a través de la eutanasia, el 49,8 % (520 casos) había diligenciado un DVA con sus decisiones sobre el fin de su vida[167]. Esto contrasta con lo encontrado en el último reporte en donde solamente el 23 % (80 casos) había diligenciado un DVA. El restante 50,2 % (524 personas) no lo había diligenciado[168]. Dada la ausencia de un registro unificado de DVA y de la falta de implementación de la historia clínica digital e interoperable, no es posible saber cuántas personas han suscrito un DVA y solo es posible conocerlo cuando han accedido al procedimiento de eutanasia.

El diligenciamiento de los DVA es más alto en la ciudad de Bogotá en donde, para el 2024, el 71,2 % de los procedimientos realizados contó con un DVA diligenciado (116 casos de 163); en segundo lugar, el Valle del Cauca con el 100 % (18 casos de 18) contó con un DVA diligenciado y, en tercer lugar, Antioquia en donde solamente el 38,8 % (57 casos de 147) contaba con un DVA diligenciado. A pesar de que este último es el departamento con uno de los números de procedimientos más altos en Colombia[169].

Del total de solicitudes para acceder a la MMA reportadas entre el 1 de octubre de 2021 y el 31 de diciembre de 2024, el 79,5 % de las solicitudes (1.979 casos) son llevadas a cabo directamente por la persona interesada. El restante 20,6 % de las solicitudes (512 casos) son llevadas a cabo por la red de apoyo y familiar usando un DVA[170].

Rutas y redes para acceder a la eutanasia: el camino para decidir cómo y cuándo morir

El derecho a morir dignamente ha tenido amplios y profundos avances jurídicos en Colombia[171], sin embargo, esos avances no transforman de manera automática ni fluida el sistema de salud colombiano, ni las entidades que lo integran ni las prácticas que suceden en su interior. En septiembre de 2021, la SNS expidió una circular externa dirigida a todos los actores del sistema con el objetivo de avanzar en dicha transformación y monitorear los avances en la prestación del servicio[172].

De acuerdo con las obligaciones establecidas en la circular, las empresas aseguradoras (EPS o EAPB) dentro del sistema de salud colombiano están obligadas a contar con una **ruta de atención** que permita garantizar efectivamente el derecho a morir dignamente de sus afiliados, la cual, además, deberá ser ampliamente socializada con la red de IPS. De acuerdo con los reportes de la SNS[173], dicha autoridad administrativa lleva a cabo un proceso de consolidación y análisis de la información reportada por las empresas aseguradoras. Producto de ese proceso, durante el 2024, la totalidad de las empresas aseguradoras habían cumplido con la obligación de reportar la ruta ordenada. Es la primera vez, desde el año 2021, en que se alcanza este logro.

[165] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[166] Ibid.

[167] Ibid.

[168] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p.

[169] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

[170] Ibid.

[171] Cfr. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2024). Mucho más que eutanasia. Trayectoria y contenido del derecho emergente a la muerte digna en Colombia. DescLAB: Bogotá. 90 p.

Luego de cuatro años de aplicación de la mencionada circular, está disponible la información más detallada de las **redes de prestadores de servicios**, es decir, sobre las IPS contratadas por las diferentes empresas aseguradoras y la cobertura geográfica de los servicios disponibles. La presencia de empresas aseguradoras en los diferentes departamentos y en el Distrito Capital de Bogotá y la contratación de IPS específicas para la prestación de los servicios son avances importantes que permiten a las personas conocer cuáles servicios están disponibles y alerta a clínicas y hospitales frente a la eventual demanda del servicio en diferentes partes del territorio nacional. Se trata de un logro de disponibilidad de la red; no obstante, la lucha continúa en clave de calidad del servicio en tanto tener un contrato no significa estar institucionalmente preparados para la prestación del servicio ni que las barreras hayan sido eliminadas.

De acuerdo con los reportes de la SNS[174]**, 34 empresas aseguradoras (EPS y EAPB)** reportaron su red de prestadores contratada para llevar a cabo procedimientos eutanásicos. Dichas redes cubren el Distrito Capital de Bogotá y 23 departamentos en donde el procedimiento de eutanasia se presta a través de **124 IPS únicas**. Algunos de los departamentos más alejados de las zonas centrales y menos desarrollados socioeconómicamente no tienen cobertura alguna reportada: Arauca, Caquetá, Casanare, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, Putumayo y Vichada[175].

Que las IPS estén contratadas es solo un indicativo inicial de disponibilidad del servicio, es decir, que las personas cuentan con clínicas y hospitales que ofertan el servicio de la eutanasia; mas no indica ni que las personas efectivamente lo soliciten, ni que allí se lleven a cabo procedimientos. El uso del servicio, su oportunidad y calidad son discusiones diferentes.

Para el universo de las 124 IPS que conforman la red de prestadores, 113 de ellas (91,1 %) reportaron tener el protocolo institucional[176] que ordena tener las normas reglamentarias de la SNS[177]. Once IPS (8,9 %) reportaron no tener el mencionado protocolo institucional[178]. El protocolo es un esfuerzo institucional ordenado por la autoridad de salud para organizar internamente las IPS para recibir las solicitudes, dar trámite y respuesta a las mismas, así como fijar las funciones de los comités, determinar su composición y ejercicio de la secretaría técnica entre otras obligaciones jurisprudenciales y reglamentarias.

Adicionalmente, la información reportada ante la SNS permite conocer cuáles IPS habían conformado y tienen implementado el comité científico-interdisciplinario para morir dignamente, la instancia reglamentada por la Resolución 971 de 2021. Dicha instancia colegiada es la encargada de tramitar las solicitudes, llevar a cabo las valoraciones necesarias y, finalmente, tomar una decisión sobre la aprobación o negación del procedimiento. De las 124 IPS sobre las cuales se cuenta con información detallada, 120 reportaron contar con el mencionado comité (96,8 %) y 4 reportaron no tenerlo (3,2 %)[179].

Así como los procedimientos de eutanasia se encuentran concentrados geográficamente, también se encuentran concentradas tanto las solicitudes como su práctica en algunas IPS específicas. Es decir, aunque se reportan más de 124 IPS contratadas para prestar el servicio en múltiples departamentos y municipios del país, en la práctica solamente 53 IPS han recibido y reportado solicitudes de los ciudadanos para acceder a la MMA a través de la eutanasia, es decir, solo el 42,7 % de las IPS contratadas y disponibles recibieron solicitudes[180].

Igualmente, las **solicitudes** se encuentran altamente concentradas. El 40 % de las solicitudes se han efectuado en solo 4 IPS de las 124 que integran la red, las cuales se ubican en Bogotá y Medellín. La primera de esas IPS concentra el 12,8 % de todas las solicitudes recibidas y reportadas; la segunda concentra el 9,8 % de las solicitudes; la tercera el 8,8 % y; la cuarta, el 8,6 %[181].

[172] Superintendencia Nacional de Salud (2025). Reporte de cifras, datos y actuaciones sobre muerte digna. Respuesta del 2 de mayo de 2025.

[173] Ibid.

[174] Ibid.

[175] Ibid.

[176] Ibid.

[177] Ibid.

[178] Ibid.

[179] Ibid.

[180] Ibid.

[181] Ibid.

Los **procedimientos** también se encuentran altamente concentrados. Solamente 35 IPS (28,2 %) de la red de prestadores ha efectuado por lo menos un procedimiento, en el restante 71,8 % de las IPS de la red no se han llevado a cabo procedimientos[182]. El 41,3 % de los procedimientos se han efectuado en solo 4 IPS de las 124 (3,2 %) que integran la red. Una de esas IPS concentra el 20,9 % de todos los procedimientos reportados ante la SNS; la segunda IPS concentra el 9,7 % de los procedimientos, la tercera y la cuarta concentran el 8,7 % cada una[183].

El reto de contar aquello que aún no se cuenta: las cifras pendientes sobre la muerte digna en Colombia

A pesar de los avances relatados y de las cifras disponibles, todavía hay aspectos del derecho a morir dignamente que no cuentan con la información ni con la transparencia necesaria para hacer un seguimiento y monitoreo completo y, así, poder identificar brechas, barreras y dificultades adicionales.

Primer pendiente: saber más sobre la AET. A pesar de que la AET es uno de los mecanismos plenamente reconocidos para ejercer el derecho a morir dignamente y su reglamentación ha sido ordenada por la Corte Constitucional, no existe información disponible sobre este mecanismo ni sobre los múltiples procedimientos que pueden materializarlo. Esta situación de falta de transparencia hace que tanto las acciones como las omisiones queden sin registro alguno y los procesos dependan solamente de la voluntad de los profesionales de la medicina y de las instituciones prestadoras de servicios en donde se ubican.

Segundo pendiente: saber más sobre la asistencia clínica en el final de la vida. En Colombia, aún se sabe muy poco sobre cómo se cuida y acompaña a las personas en los últimos días de vida. Tener certeza sobre el número de personas que reciben cuidado paliativo o quiénes acceden a procedimientos como la sedación paliativa, ampliamente utilizados y éticamente aceptados, es difícil. Actualmente, no existen sistemas de registro ni protocolos comunes que permitan comprender su frecuencia, condiciones o resultados. Una vía posible para avanzar en este conocimiento es el fortalecimiento del código púrpura, una herramienta asistencial que permite identificar el proceso de morir, activar los cuidados necesarios y generar información útil que podría indicarnos las condiciones sobre cómo ocurre el proceso de agonía en el ambiente hospitalario.

Tercer pendiente: saber más sobre el uso de los DVA. Dada la ausencia de un registro unificado de DVA y de la falta de implementación de la historia clínica digital e interoperable, no es posible saber cuántas personas han tomado decisiones anticipadas y solo es posible conocerlo cuando han accedido al procedimiento de MMA. Es fundamental conocer la cantidad de personas vivas que han podido tomar decisiones anticipadas y registrarlas en su historia clínica.

Cuarto pendiente: saber más sobre los tiempos de respuesta y práctica de la eutanasia. A pesar de la implementación del SRSE por parte del MSPS, no ha sido posible acceder a la información sobre el tiempo que pasa entre la aprobación del procedimiento eutanásico y su práctica efectiva. La negativa del MSPS de proveer información sobre este tema lleva a sospechar que un número importante de personas logra la aprobación del procedimiento pero fallece de forma natural esperando una IPS que lleve a cabo su procedimiento, esto porque a lo largo de los años, la autoridad en salud se ha negado a crear la obligación para que la clínica que aprueba el procedimiento sea quien lleve a cabo el mismo y, de esta forma, no trasladar pacientes ni someterlos a trámites burocráticos innecesarios.

Quinto pendiente: conocer la distribución de procedimientos por EPS. A pesar de que el derecho a morir dignamente está reconocido para toda la población e incluido en el PBS, a la fecha no es posible conocer ni el número ni la proporción de solicitudes y procedimientos que se hacen desagregados por empresa aseguradora en salud ni por el régimen contributivo o subsidiado.

[182] Ibid.
[183] Ibid.

Parte III

Barreras.

La carrera de obstáculos para morir cómo y cuándo se quiere en Colombia

3

Barreras. La carrera de obstáculos para morir cómo y cuándo se quiere en Colombia

Luego de más de 32 años de la emergencia del derecho a morir dignamente en la jurisprudencia constitucional y diez años de implementación de las reglas jurisprudenciales y reglamentarias para practicar el procedimiento eutanásico, la realidad para las personas que deciden ejercer este derecho sigue estando llena de barreras que su dificultan el acceso oportuno y protegido en el marco del sistema de salud. La tercera parte de este informe relata de forma cualitativa las principales barreras encontradas a lo largo del desarrollo de la estrategia **#TomaElControl** desde el 2017 y hasta la fecha.

Este informe entiende por barreras todos aquellos obstáculos, fallas, dificultades y dilaciones injustificadas e ilegales que impiden el acceso y la garantía del derecho a morir dignamente de forma fluida y observando la regulación prevista en el ordenamiento jurídico colombiano. Las barreras están presentes en múltiples lugares: en los imaginarios y narrativas de las personas y sus familias; en los prejuicios, acciones y omisiones de los profesionales de salud, de las IPS y del sistema de salud, entre otros.

El informe detalla trece barreras que van desde la negación de la existencia del derecho a morir dignamente, pasando por fallas generalizadas en el sistema de salud hasta la falta de previsiones personales y familiares sobre la muerte digna en directivas anticipadas. Se trata de un ejercicio cualitativo e inacabado; no son las únicas y no están priorizadas desde la más importante hasta la menos importante. No todas las personas enfrentan las mismas barreras, algunas de ellas pueden verse exacerbadas por la localización geográfica, por la situación socioeconómica de quien solicita el procedimiento, por quien es el asegurador en salud y por la IPS que recibe y tramita la solicitud, entre otros factores.

Barrera 1. Negación de la existencia del derecho a morir dignamente

A pesar de que el derecho fundamental a morir dignamente es plenamente exigible y justiciable en Colombia a través de sus múltiples mecanismos, actores del sistema de salud continúan negando —unas veces producto del desconocimiento, otras veces como estrategia deliberada— su existencia y exigibilidad. Esta negación no solo se presenta en la práctica médica e institucional, sino que también es alimentada desde los ámbitos políticos y académicos: algunos congresistas y profesores de universidades regentadas por la Iglesia Católica sostienen pública y privadamente que este derecho no existe, desconociendo así el poder creador de derecho de la jurisprudencia constitucional.

En otros casos más sofisticados de vulneración del derecho a la muerte digna, reconocen la existencia del derecho en la jurisprudencia constitucional, pero limitan su aplicación a la existencia de una norma de nivel legislativo tramitada en el Congreso de la República. Los diferentes artilugios a través de los cuales se manifiesta esa barrera buscan desconocer y limitar el poder normativo de las sentencias de la Corte Constitucional y —por esa vía— limitar y restringir los derechos y las posibilidades en el fin de la vida con que deben contar las personas.

Con mucha frecuencia esta barrera resulta exitosa para negar el derecho porque para ser resuelta requiere el uso de un conocimiento jurídico especializado del cual no disponen las personas en general, a lo que se suman los momentos difíciles que atraviesan las personas solicitantes y sus familias cuando la enfrentan. Por ello, la mejor estrategia para superarla es cualificar el

conocimiento jurídico del que disponen, hacer visibles las respuestas jurídicamente equivocadas y proveer herramientas de uso rápido para acceder a la justicia cuando esta barrera se materialice. A través de la estrategia **#TomaElControl**, **DescLAB** provee algunas de estas herramientas, pero un trabajo más profundo y geográficamente amplio es necesario para que el conocimiento y la información llegue a quienes lo necesitan en el momento en que lo necesitan.

> *"Tengo cáncer ganglionar metastásico de tiroides por segunda vez, fibromialgia, artrosis, osteopenia y desgaste en todas las articulaciones. El protocolo se abrió tres veces y la IPS dijo siempre que no era candidata cuando sí lo soy, después dijeron que la norma no está legislada y la EPS nunca se quiso pronunciar".*
>
> ***Paciente, Pereira (2022).***

Barrera 2. Fallas generalizadas en la respuesta y trámite de las solicitudes

Falla 1. Negarse a recibir las solicitudes relativas a la muerte digna. Algunos profesionales de la medicina e IPS se niegan ilegalmente a recibir las solicitudes relacionadas con el derecho a morir dignamente, particularmente, aquellas referidas a la eutanasia y a la AMS. Con frecuencia aducen que no están de acuerdo con el procedimiento, que no les compete o que simplemente deben hacerlo ante otros profesionales o en otros lugares en donde sí estén dispuestos a hacerlo. Frente a la AMS, se niegan a recibir solicitudes porque el procedimiento no está regulado ni por el Congreso ni por el MSPS.

Falla 2. Retrasos injustificados en las respuestas a las solicitudes relativas a la muerte digna. Con frecuencia, los actores del sistema de salud dilatan injustificadamente e incumplen los tiempos de respuesta establecidos para las solicitudes relacionadas con la MMA, a pesar de que la obligación de convocar el comité y dar una respuesta motivada a través de un acta debe suceder en un máximo de diez días calendario a partir de la solicitud. Esta barrera es catalizada por el hecho de que las personas prefieran hacer las solicitudes de acceso a la MMA de forma verbal en lugar de hacerlas por escrito, lo cual impide la asignación de radicados y dificulta el seguimiento a las mismas. Cuando las solicitudes se hacen verbalmente son más fácilmente ignoradas por los actores del sistema de salud.

Falla 3. Falta de respuesta o respuestas incompletas a las solicitudes relativas a la muerte digna. Muchas veces las personas no reciben respuesta alguna a las solicitudes de acceso a los diferentes mecanismos para garantizar el derecho a la muerte digna. Otras veces reciben respuestas verbales de las que no se deja constancia alguna y que dificultan la trazabilidad de las respuestas y el acceso a la justicia; en otros casos, las personas reciben respuestas escritas incompletas en donde se niegan los procedimientos, pero no se ofrecen las razones que sustentan esa decisión. En muchos casos no se les provee copia completa del acta del comité, sino extractos o resúmenes que dificultan la trazabilidad de las decisiones y la justiciabilidad de los derechos eventualmente vulnerados.

> *"En el mes de mayo de 2025 ante médico de cuidados paliativos manifiesto mi voluntad, entrego el documento de voluntad anticipada por lo cual me dicen que se va a activar el comité médico científico de muerte digna. Luego se niega la cita después de que me la habían asignado y hasta la fecha de hoy sigo sin recibir ninguna respuesta"*
>
> ***Paciente, Medellín (2025).***

Falla 4. Sometimiento a diferentes formas de maltrato ante las solicitudes relativas a la muerte digna. Con frecuencia, las personas enfrentan violencia y maltrato verbal y psicológico por parte de los actores del sistema de salud cuando solicitan acceder al derecho a morir dignamente. Se hacen juicios y valoraciones sobre las decisiones relativas a la muerte digna disfrazadas de consejos médicos que en lugar de ofrecer opciones y acompañar a las personas en sus decisiones, lo que

buscan es persuadir y convencer, comparando su situación de salud con las de otras personas, mezclando creencias religiosas e ideas relativas al pecado y la culpa.

Dado que el fin de la vida es, muchas veces, una carrera contra el tiempo, estas barreras y fallas generalizadas en el servicio terminan por vulnerar y anular el derecho a morir dignamente de las personas y las someten a un final de la vida y una muerte dolorosa que no corresponde con su idea de dignidad y autonomía.

Para solucionar esta barrera, **DescLAB** hace incidencia y litigio ante el sistema de salud colombiano, ante el MSPS y ante la SNS para que vigilen el cumplimiento de las normas reglamentarias, particularmente, los tiempos, plazos, requisitos y funciones establecidas, de forma que se disminuyan y eliminen los abusos por parte de las entidades y profesionales.

El monitoreo y las sanciones no son suficientes. Estas fallas generalizadas en el servicio no derivan únicamente de la mala fe o de la intención de vulnerar derechos, sino también del desconocimiento, de las ideas erradas y preconcebidas presentes en las entidades y los profesionales que deben ser superadas a través de formación permanente y rutas claras de acción.

> *"He sido enfática en que, en todos los lugares donde trabajo, los profesionales deberíamos tener claridad sobre la ruta, independientemente de si estamos de acuerdo o no, porque todos debemos estar en capacidad de recibir una solicitud, guiar al paciente y activar el procedimiento, con total claridad administrativa sobre los pasos a seguir. En la mayoría de instituciones, esta responsabilidad se ha recargado en cuidado paliativo y, en aquellas donde este servicio no existe, queda la pregunta: ¿qué pasa con los pacientes?"*
>
> ***Médica paliativista, Bogotá (2025).***

Barrera 3. Uso inconstitucional de la objeción de conciencia para obstaculizar el derecho a morir dignamente

La libertad de conciencia se ha entendido como la facultad que tienen las personas naturales para actuar o abstenerse de realizar un acto debido a sus convicciones personales o creencias religiosas o espirituales[184]. La objeción de conciencia nace de una de las prerrogativas de la libertad de conciencia que ordena que nadie sea obligado a actuar contra su conciencia[185]. A partir de este derecho y prerrogativa legítima, algunos profesionales de la salud, personal administrativo e IPS hacen un uso inconstitucional e ilegal de la objeción de conciencia y se excusan en ella para obstaculizar de manera deliberada el ejercicio del derecho a morir dignamente de terceras personas.

Frente a esta práctica, la Corte Constitucional ha sido clara: en los casos de MMA, los profesionales directamente encargados del procedimiento pueden abstenerse de participar si tienen convicciones personales profundas, siempre y cuando esa objeción no impida el cumplimiento del derecho fundamental de la persona solicitante[186]. A través de la Resolución 971 de 2021[187], el MSPS estableció que no debe haber médicos objetores dentro del comité y se debe garantizar que quien practique el procedimiento sea previamente identificado como no objetor. A la par, aclaró que en ningún caso las IPS podrán argumentar la objeción de conciencia institucional.

En ese sentido, solo los profesionales de la medicina que puedan argumentar una profunda creencia o convicción para oponerse a practicar el procedimiento pueden hacer uso de la objeción de conciencia. En la práctica, algunos profesionales de la medicina usan sus creencias e ideologías personales para ocultar información y obstaculizar el acceso a prestaciones y servicios relacionados con el derecho a morir dignamente. Con

[184] Cfr. Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-409 de 1992 (MP: José Gregorio Hernández Galindo).

[185] Cfr. Corte Constitucional colombiana. Sentencia SU-106 de 2016 (MP: Alberto Rojas Ríos).

[186] Cfr. Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-970 de 2014 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva).

[187] Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Resolución 971. Artículos 16 y 31, núm. 31.5.

frecuencia, se oponen a tramitar solicitudes o a brindar información objetiva sobre las opciones que tienen las personas en relación con el fin de su vida y su muerte digna usando sus creencias como disfraz de la vulneración de derechos de terceros y del cumplimiento de sus obligaciones profesionales.

También algunas IPS alegan objeción de conciencia institucional —práctica completamente inconstitucional e ilegal— aduciendo que la empresa o fundación es de cierta vocación religiosa. Se usa —con frecuencia— que las IPS sean de propiedad de órdenes religiosas o el hecho de que sus directivos profesen una fe o sistema de creencias para negarse a recibir solicitudes, tramitarlas o practicar los procedimientos. En otros casos, las directivas incitan a todos los profesionales de la medicina a declararse objetores de conciencia para que no exista ninguna persona disponible para realizar este procedimiento médico y así, encontrarse "imposibilitados" para tramitar solicitudes de eutanasia. Algunas IPS han creado la ficción de que las clínicas y hospitales son instrumentos para avanzar ciertas creencias religiosas y obstaculizar el ejercicio de derechos fundamentales en lugar de vehículos para la prestación del servicio público de la salud.

Este ha sido, además, uno de los puntos más álgidos en la discusión legislativa sobre el derecho a morir dignamente. En reiteradas ocasiones, congresistas de orientación religiosa han insistido en ampliar la figura de la objeción de conciencia institucional. La utilización de la objeción de conciencia como herramienta de poder institucional continúa bloqueando la discusión en el Congreso de la República.

Desde **DescLAB** creemos que los profesionales de la medicina tienen derecho a no ser obligados a actuar en contra de sus creencias y de su conciencia. Sin embargo, ello implica la responsabilidad de declarar la calidad de médico objetor de forma transparente y sustentada y no usar las creencias religiosas para desinformar a las personas que desean tomar decisiones autónomas sobre el fin de sus vidas. De otro lado, las IPS son actores centrales de la prestación del servicio público de salud y no pueden invocar creencias para determinar qué servicios prestan y cuáles no, por ello no existe en Colombia la objeción de conciencia institucional.

> *"Persiste una idea de que es muy porosa la objeción de conciencia institucional. Todo el mundo sabe que eso no se puede, ¿cierto? Pero todo el mundo encuentra un vehículo para saltarse esa norma. 'En esta clínica no tenemos objeción de conciencia institucional porque eso está prohibido, pero nosotros somos católicos, entonces aquí no se practican eutanasias.' Hay un juego ahí que yo creo que es perverso."*
>
> ***Psicóloga, Bogotá (2025).***

Barrera 4. Falta de disponibilidad e imposición de cuidados paliativos para acceder a la muerte médicamente asistida

Los cuidados paliativos son un mecanismo del derecho a morir dignamente al que las personas con enfermedades crónicas, graves e incurables estén en estado terminal o no, deben tener acceso. Sin embargo, la calidad y la disponibilidad de los cuidados paliativos no es suficiente para satisfacer las necesidades de las personas que los necesitan y su insuficiencia vulnera los derechos constitucionales, particularmente, de quienes viven en zonas alejadas de los principales centros urbanos o están afiliados en el régimen subsidiado de salud.

A pesar de ser el mecanismo de muerte digna con mayor reconocimiento y que menor resistencia ética genera en los entornos médicos, la oferta de servicios sigue siendo insuficiente y la concentración permanece en una parte del territorio colombiano[188]. A la vez, no hay suficientes profesionales de la salud formados con las bases y principios del cuidado paliativo desde la formación inicial, lo que limita la calidad y oportunidad del servicio[189].

Aunque existe una ley específica para el acceso a los cuidados paliativos (Ley 1733 de 2014), Colombia está lejos de cumplir con el acceso que exige la normativa. Al menos tres de cada diez personas en Colombia mueren

[188] Cfr. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. (2020). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020.

[189] Ibid.

sin la posibilidad de acceder a cuidados paliativos[190] y seis departamentos en Colombia no tenían en 2019 ni un servicio de cuidado paliativo[191].

Además, el acceso a los opioides para el manejo del dolor al final de la vida como parte del cuidado paliativo también tiene sus propias dificultades. A pesar de que son medicamentos esenciales según la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Ley 1733 de 2014, tienen restricciones muy severas que se suman a la falta de abastecimiento y a los prejuicios culturales que se tienen sobre ciertos medicamentos opioides[192].

Una de las barreras menos visibilizadas es el enfoque desde el cual se prestan los cuidados paliativos. En múltiples contextos, estos servicios se ofrecen desde perspectivas religiosas o ideológicas que imponen una visión única sobre el valor del sufrimiento, la prolongación de la vida y el rechazo de otros mecanismos legales del derecho a morir dignamente. Muchas veces, hay obstinamiento terapéutico en estas instancias y la MMA es vista como incompatible con la labor paliativa, lo cual niega la pluralidad de visiones y experiencias que las personas pueden tener sobre su proceso de morir.

En otros casos, el acceso a cuidados paliativos se convierte en una barrera procesal: se exige como requisito o paso previo para solicitar la MMA. De manera inconstitucional e ilegal, médicos e IPS imponen a los solicitantes la obligación de haber accedido a los cuidados paliativos para poder tramitar sus solicitudes ante los comités, desconociendo que cada mecanismo es autónomo y que el ejercicio del derecho debe responder a la voluntad de la persona, no a jerarquías impuestas por el sistema de salud.

De manera tramposa, la actual Resolución 971 de 2021 establece de forma soterrada la obligación de los médicos que reciben las solicitudes de eutanasia de "verificar el acceso a cuidados paliativos". Está obligación es usada, con frecuencia, para no tramitar las solicitudes de eutanasia por los profesionales de la salud quienes, además, suelen desconocer la voluntad de las personas de no acceder a ellos.

Por otro lado, los sectores que con frecuencia se oponen a la MMA argumentan que hay que fortalecer primero los cuidados paliativos para que la muerte llegue de manera natural. Esta idea es una pose política: palabras que se dicen con mucha facilidad cuando se habla de muerte digna y particularmente de la MMA, pero con lo cual esos mismos sectores tienen poco o ningún compromiso real.

Desde **DescLAB** creemos que la garantía del derecho a morir dignamente debe ser completa. No basta con tener acceso a la MMA y no a los cuidados paliativos o viceversa. La MMA no puede ser entendida como la oposición a los cuidados paliativos, sino como parte de un mismo derecho y de las opciones que deben estar disponibles para las personas que las quieren y las necesitan. Cada mecanismo del derecho a morir dignamente convive de acuerdo con los deseos y las creencias de la persona que hace ejercicio de sus derechos en el final de la vida.

> *"Un paciente masculino con posgrado, de unos 40 años, con cáncer gástrico. En valoración por medicina del dolor y cuidado paliativo se le ofreció bloqueo analgésicos de nervios esplácnicos (intervencionismo para dolor oncológico). El paciente lo rechazó, ya que se mantenía firme en su solicitud de eutanasia. El médico especialista de dolor no entendió ni aceptó que el paciente tiene capacidad y derecho a rechazar un tratamiento terapéutico o paliativo y no está en la obligación de agotar todos los tratamientos posibles o indicados desde la medicina actual. El médico especialista en dolor no activo el comité, ni ningún médico de la IPS que lo había ingresado y hospitalizado porque el paciente claramente se hospitalizó para solicitud de eutanasia. El paciente pidió salida voluntaria en ese mismo momento de la ronda médica.*
>
> ***Médico, Bogotá (2023).***

[190] Cfr. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. (2021) Estado actual de los cuidados paliativos. Reporte Técnico 2019. Edición 4.

[191] Ibid.

[192] Pereira Arana, Isabel; Ramírez Bolívar, Lucía. (2019). Los caminos del dolor: Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia. Dejusticia.

Barrera 5. Ausencia de una reglamentación actualizada y completa del derecho a morir dignamente

A pesar de las múltiples órdenes de la Corte Constitucional, el MSPS no ha actualizado la Resolución 971 de 2021, ni ha emitido una reglamentación integral que permita ejercer de forma efectiva y completa el derecho a morir dignamente en Colombia. Esta omisión ha generado un escenario normativo confuso e insuficiente tanto para los actores del sistema de salud como para la ciudadanía.

En el caso de la AET, no existen reglas claras sobre cómo deben tomarse las decisiones cuando una persona decide limitar, suspender o desistir de tratamientos médicos en función de su idea de dignidad, ni tampoco sobre el rol que juegan los profesionales de la salud y la red de apoyo cuando la persona ya no puede manifestar su voluntad. Aunque estas decisiones forman parte del día a día clínico, su aplicación está mediada por interpretaciones subjetivas de la *lex artis*[193], que muchas veces subordinan los deseos de la persona al criterio del personal médico, sin garantías claras de respeto por su autonomía. Sin una reglamentación, el riesgo de que estas decisiones se conviertan en imposiciones médicas es alto, especialmente en contextos de urgencia o deterioro clínico.

En paralelo a la falta de reglamentación, muchas veces, los profesionales de la medicina y las IPS exigen que las personas hayan agotado todos los tratamientos posibles y disponibles para permitir el acceso a la MMA. Estos tratamientos no se ofrecen como alternativas terapéuticas que la persona pueda rechazar, sino como pasos obligatorios para, posteriormente, poder solicitar y estudiar las solicitudes relativas a la MMA. Esta imposición de tratamientos sucede como un acto de poder de los profesionales de la medicina sobre las personas y sus familias; transforman, de manera inconstitucional e ilegal, los actos médicos y las opciones terapéuticas en obligaciones de cara a las personas y a su proceso de enfermedad.

Lo mismo ocurre con la imposibilidad de que la red de apoyo haga la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona cuando esta no puede manifestarse directamente ni dejó un DVA firmado y formalizado. A pesar de que esta interpretación ha sido reconocida como una forma válida de consentimiento en la jurisprudencia constitucional, la falta de reglas claras impide que se implemente en el caso de la eutanasia.

Mientras que esta red puede decidir sobre intervenciones como el retiro de soporte vital en el contexto de la AET, no puede solicitar legalmente una eutanasia en nombre de la persona, lo que produce una situación incoherente e injusta. Esta omisión desconoce el derecho a la toma de decisiones con apoyos y deja sin protección a personas en estados como el coma, el estado vegetativo o la demencia avanzada.

Desde **DescLAB** creemos que la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona —como un principio internacional sobre capacidad jurídica plenamente aplicable en Colombia— es el camino para reglamentar este tipo de consentimiento y superar esta barrera. No se trata de que la red de apoyo imponga su voluntad sobre la voluntad de la persona, ni que esta pueda hacer un ejercicio que aplique para todos los casos como una manera de eliminar ciertos cuerpos o vidas. Se trata de que quienes más conocen a la persona puedan ayudarle a tomar decisiones y hacer la mejor interpretación para que se haga su voluntad.

En cuanto a la AMS, aunque fue despenalizada en 2022 a partir de una demanda liderada por **DescLAB**, no ha sido reglamentada. Esto significa que, en la práctica, ni las personas pueden solicitarla con garantías ni los profesionales tienen lineamientos para tramitarla. Al igual que lo ocurrido con la eutanasia antes de 2015, la despenalización sin reglamentación convierte este mecanismo en una posibilidad jurídica vacía, dejando a las personas en un limbo y sin acceso efectivo a la prestación.

Esta falta de reglamentación unificada no solo dificulta el ejercicio de cada uno de estos mecanismos, sino que

[193] La *Lex Artis* es el conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte u oficio, particularmente, las reglas técnicas a las que debe ajustarse un profesional de la medicina en lo referido a los mecanismos para ejercer el derecho a morir dignamente.

además permite que profesionales de la salud o instituciones impongan barreras inconstitucionales, como exigir que se hayan agotado todos los tratamientos antes de acceder a la MMA, o interpretar las decisiones de la red de apoyo como inválidas, desconociendo las voluntades de quienes no pueden expresarse.

Desde **DescLAB**, creemos que es urgente avanzar en una reglamentación completa y coherente, que incluya lineamientos claros para cada mecanismo y garantías para que las decisiones reflejen la voluntad y autonomía de las personas. Mientras el Congreso de la República sigue sin legislar, el MSPS debe cumplir con su deber constitucional de reglamentar de manera integral el derecho a morir dignamente.

> *"Una paciente con cáncer de colon metastásico solicita eutanasia, lamentablemente en la IPS no hay disponibilidad de servicio de oncología, por ende, en comité no pudo realizarse. La paciente se encuentra en espera de remisión a otro sitio donde se tenga en el comité un oncólogo para la evaluación del caso".*
>
> ***Médica, Bogotá (2025).***

Barrera 6. Formación deficiente de los profesionales de la salud para garantizar los derechos en el fin de la vida

Las personas que toman la decisión de estudiar y trabajar en el sector de salud no reciben la formación suficiente ni de calidad para acompañar a las personas en el fin de la vida ni para garantizar su derecho a la muerte digna. La información que reciben en los espacios universitarios y académicos no es suficiente con respecto a los cuidados en el proceso de la muerte y está incompleta frente al rol que deben cumplir los actores del sistema de salud cuando una persona intenta ejercer su derecho a morir dignamente a través de cualquiera de sus mecanismos. Esa deficiencia no solo es cierta para los estudiantes de medicina, sino para quienes se forman en enfermería, psicología, trabajo social, entre otras profesiones que intervienen en el proceso médico-asistencial.

Los programas profesionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y tecnologías en auxiliar de enfermería incluyen formación básica en bioética, sin embargo, la provisión de información sobre el derecho a morir dignamente es poca y, en algunas instituciones de educación superior hablar y publicar sobre el tema está prohibido.

Además de las deficiencias en la formación inicial, a lo largo de su ejercicio práctico, los profesionales de la salud encuentran pocas oportunidades de actualización en temas referentes a los cuidados paliativos, el dolor crónico, el manejo de opioides y la MMA. En la formación continua y de posgrado son pocos los programas existentes y aquellos disponibles se encuentran en las ciudades principales.

Desde **DescLAB** buscamos que la academia y los gremios médicos se interesen por conocer de forma multidisciplinar el fin de la vida y la muerte digna. El ejercicio de este derecho no solamente se trata de decisiones desde la salud, sino de la manifestación de toma de decisiones que están garantizadas por el ordenamiento jurídico y que ponen en el centro de la decisión a las personas.

> *"Las principales [barreras] son que ni el médico está preparado, ni está entrenado, ni se le ha hecho un ejercicio de clarificación de valores para entender que, aun siendo objetor de conciencia o no de acuerdo con el tema, su función es asesorar y brindar el acceso; que, si definitivamente él cree que cumple o no cumple las condiciones o tiene dudas, la ruta se encargará de eso. El comité interdisciplinario o las valoraciones que vienen después se encargarán de ver si sí cumple o no cumple las condiciones. Y yo siento que eso no lo saben".*
>
> ***Ginecólogo, Bogotá (2025).***

Barrera 7. Ausencia de una red amplia de prestadores y servicios y concentración geográfica de los procedimientos

A pesar de que la reglamentación sobre la MMA establece la obligación clara de los diferentes actores del sistema de salud colombiano de recibir las solicitudes de los ciudadanos, activar los comités para decidir sobre el procedimiento y la obligación de las empresas aseguradoras en salud de prestar el servicio de manera gratuita, con frecuencia estas empresas no tienen contratada una amplia red de prestadores de servicios para llevar a cabo el procedimiento. Como se evidenció en la parte cuantitativa del presente informe, la falta de una red amplia limita gravemente las opciones para quienes solicitan acceder a la muerte digna en el marco del sistema de salud colombiano.

Esta situación hace que, con regularidad, la persona haga la solicitud y reciba la decisión de una IPS obligada a convocar un comité, pero posteriormente no sea esa misma institución la que realice directamente el procedimiento de eutanasia. Cuando esto sucede, las personas cuentan con la autorización del procedimiento, pero deben comenzar a transitar un laberinto de trámites para que las empresas aseguradoras asignen una IPS que practique la eutanasia. Aparte, el comité —instancia encargada de la evaluación y decisión del procedimiento— deja de cumplir su rol de coordinación por cuanto el procedimiento no ocurrirá en esa misma IPS y la persona y su familia resultan abandonadas a su suerte en un laberinto de trámites y de instituciones.

En paralelo y con frecuencia, las IPS se niegan a contratar los servicios para prestar el servicio de MMA con las empresas aseguradoras. Esto hace que la red de prestadores sea escasa y concentrada en algunas ciudades y las opciones para garantizar el procedimiento de eutanasia sean muy limitadas y respondan principalmente a situaciones de urgencia cuando el procedimiento es ordenado judicialmente.

A pesar de que en Colombia la muerte digna es un derecho formalmente reconocido a todas las personas a lo largo y ancho del territorio y a través de todas las instancias del sistema de salud, los principales servicios médicos para garantizarles se encuentran altamente concentrados en las zonas urbanas, en los servicios privados de salud y en los segmentos poblacionales socioeconómicamente más privilegiados.

Estas brechas geográficas y socioeconómicas hacen que las personas ubicadas en zonas menos desarrolladas, alejadas de las principales ciudades y con acceso a un servicio de salud de menor calidad tengan —en la práctica—, menos información y menos posibilidades reales de tomar decisiones en el fin de la vida y de acceder al derecho a morir dignamente, particularmente a la MMA. La realidad altamente desigual del sistema de salud colombiano se acentúa y profundiza cuando se trata de las decisiones autónomas en el fin de la vida y de la muerte digna.

Como movimiento social sobre la muerte digna debemos ampliar la difusión de la información y de los recursos a nivel regional y local, llegando a audiencias tradicionalmente excluidas de estas discusiones. Debemos igualmente monitorear la disponibilidad de servicio y el acceso a los mismos en todo el territorio nacional para incidir en su ampliación progresiva.

"El sistema funciona distinto en el centro que en la periferia y funciona distinto en el contexto urbano que en el contexto rural. La primera cosa que yo diría al respecto de esa mejor coordinación es que eso es un resultado aparente porque los datos más abundantes son los datos del centro del país y no sabemos qué pasa en la periferia. No creo que haya nada que aplaudir en el sentido de que la mejora esté ocurriendo solo en las ciudades grandes. Me preocupa profundamente el rezago".

Psicóloga, Bogotá (2025).

Barrera 8. Exclusión de las personas extranjeras no domiciliadas en Colombia para acceder a la muerte médicamente asistida

Aunque la Constitución Política de 1991 reconoce a los extranjeros la misma protección a sus derechos que a los nacionales, salvo excepciones expresas para garantizar el orden público[194], la reglamentación aplicable a la eutanasia exige que los extranjeros que quieran solicitarla deban probar un domicilio mayor a un año en el país.

La exclusión de los extranjeros no domiciliados por más de un año de la posibilidad de acceder a la MMA es una barrera inconstitucional e ilegítima impuesta por el MSPS[195] que no protege el orden público, sino que genera diferencias injustificadas entre personas presentes en Colombia en función de la ciudadanía y del domicilio.

Con frecuencia, el MSPS excusa su falta de acción o su negativa a reglamentar aspectos específicos del derecho a morir dignamente como el acceso a la AMS o la obligación de las IPS de llevar a cabo los procedimientos bajo la excusa que es una tarea que corresponde al Congreso de la República o que no ha sido ordenado explícitamente por los jueces; sin embargo, la restricción del acceso a los extranjeros, que no ha sido desarrollada por el legislador ni ordenada por los jueces, parece no estar sometida a esta razón.

Desde **DescLAB** demandamos la Resolución 971 de 2021 ante el Consejo de Estado para que las autoridades judiciales declaren la nulidad por inconstitucionalidad de dicha norma reglamentaria y, por esta vía, eliminen esta barrera presente desde el año 2015. Al momento de escribir este informe, la sentencia en este proceso judicial no había sido proferida.

Barrera 9. Desconocimiento y falta de uso generalizado de los documentos de voluntad anticipada

Las personas en Colombia desconocen la importancia de diligenciar, firmar y formalizar debidamente los DVA por medio de los cuales se fijen con claridad los deseos y decisiones de la persona en el fin de sus vidas. Si bien estos documentos existen desde hace años y están reglamentados desde más de una década[196], la poca difusión y uso por parte del sistema de salud colombiano limita las opciones de las personas frente a su muerte digna.

Muchas personas creen que basta simplemente con hablar sobre las preferencias en el fin de la vida con su red de apoyo o que es suficiente que otros —como la familia— decidan cuando la persona ya no pueda hacerlo. Este mito se convierte en una barrera porque hace creer que es suficiente con una manifestación verbal o a través de cualquier documento simple cuando, en realidad, para que la voluntad anticipada sea válida se requiere el cumplimiento de estrictos requisitos de contenido y el cumplimiento de ciertos trámites adicionales para formalizarlos. Esto hace que las personas hagan un uso incompleto y defectuoso de la posibilidad de manifestar anticipadamente su voluntad, y posteriormente sus deseos no puedan ser respetados por parte de su red de apoyo ante el sistema de salud.

A la par, la Resolución 2665 de 2018, que regula los DVA excluye a los familiares como posibles testigos de la manifestación de la voluntad. Esta exclusión, que remite a la exclusión que hace el Código Civil de estas personas en actos como el testamento y el matrimonio, termina siendo una barrera para la manifestación de la voluntad y la toma de decisiones anticipada sobre el fin de la vida porque excluye justamente a las personas más cercanas, quienes con más frecuencia acompañan estos procesos, dan fe de la voluntad de sus familiares y; les impone la búsqueda de terceras personas, muchas veces extrañas y difíciles de encontrar, para que conozcan una decisión íntima.

Adicionalmente, los DVA son poco utilizados en el ejercicio asistencial y, con frecuencia, no abordan directamente las opciones relativas a la MMA y se limitan a la AET. Los médicos especialistas —quienes tradicionalmente son quienes informan a las personas cuando tienen una enfermedad grave e incurable— fallan en fomentar las conversaciones sobre el fin de la vida y sobre la MMA, algunas veces por desconocimiento, por no saber cómo abordar estas conversaciones difíciles

[194] República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia, 20 de julio de 1991, art 100.

[195] Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 971, art 2, parágrafo.

[196] Cfr. Ministerio de Salud y Protección Social. Resoluciones 971 de 2021 y 2665 de 2018.

o simplemente por no querer informar de completa y suficientemente a las personas sobre sus opciones.

Desde **DescLAB** ofrecemos recursos sencillos ampliamente accesibles para que las personas tomen decisiones anticipadas y suscriban un DVA de forma completa y jurídicamente vinculante. No basta con distribuir formatos prediseñados; se trata de comunicar los pasos que deben llevarse a cabo y las consecuencias jurídicas de forma sencilla. También buscamos construir narrativas sobre la muerte en clave de derechos para naturalizar el proceso del fin de la vida y la muerte. Como movimiento social debemos generar conversaciones cotidianas en la mesa del comedor alrededor del fin de la vida y la muerte, naturalizar las narrativas, volverlas actuales e interesantes para públicos más jóvenes, de forma que este tema no siga estando restringido a las ideas de vejez y de enfermedad.

> *"Una barrera que identifiqué: la falta de formularios institucionales de DVA y cuando existen están incompletos y no permiten decidir por la eutanasia".*
>
> ***Médica, Bogotá (2025).***

Barrera 10. Exigencia de la enfermedad en estado terminal en la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social

Como se relató en la parte de logros el presente informe, en julio de 2021 la Corte Constitucional eliminó la barrera de la enfermedad terminal y amplió el procedimiento de eutanasia a las «lesiones corporales» y «enfermedades graves e incurables». No obstante, hasta la fecha, la Resolución 971 de 2021 del MSPS continúa exigiendo la enfermedad en estado terminal como requisito para acceder a la MMA.

A pesar de que la Corte le solicitó al MSPS hacer las adecuaciones reglamentarias pertinentes para que la ampliación del derecho pudiera ser materializada por los actores del sistema de salud, dicha autoridad pública se ha negado a modificar la Resolución 971 de 2021. Esta incoherencia entre las decisiones de la Corte y las normas de nivel reglamentario genera confusión y, en otros casos, auspician la mala fe de algunas IPS para imponer barreras a las personas que buscan acceder a la MMA.

Esta barrera se ha evidenciado en casos públicos como el del señor **Víctor Escobar**[197] en la ciudad de Cali y el caso de **Martha Sepúlveda**[198] en la ciudad de Medellín. En ciudades diferentes durante los mismos meses, debido a la contradicción normativa, estas personas debieron embarcarse en procesos judiciales para que fuera un juez quien obligara a la IPS a practicar el procedimiento. La falta de voluntad del MSPS se ha convertido en una carga tanto para los ciudadanos como para el sistema judicial.

A la par que la jurisprudencia ha transformado el requisito de la enfermedad para acceder a la muerte digna y les devuelve a las personas la potestad para valorar lo que consideran grave[199], el MSPS ha creado e introducido nuevas categorías innecesariamente confusas y complejas que, bajo la excusa de aclarar, terminan por hacer más difícil el acceso al derecho a morir dignamente. Términos como «condición de salud extrema», o adjetivos como «intratable» o «inmanejable», lejos de facilitar el acceso a la MMA, introducen nuevos filtros que buscan restringir la autonomía personal en la toma de decisiones sobre el fin de la vida. Con estas acciones inconstitucionales, el MSPS intenta reinstaurar en los profesionales de la medicina el poder de definir qué tipos de enfermedades y qué niveles de deterioro en la calidad de vida son válidos y quién puede acceder o no a una muerte digna, en abierta contradicción con los principios constitucionales que privilegian la

[197] Más información sobre el caso está disponible en: https://elpais.com/internacional/2021-10-29/victor-escobar-el-colombiano-que-espera-desde-hace-dos-anos-la-eutanasia-que-logro-martha-sepulveda.html

[198] Más información sobre la estrategia de litigio #MarthaTomaElControl está disponible en: www.desclab.com/martha

[199] Cardozo Vargas, Catalina. (2024). La enfermedad grave desde el lente biopsicosocial. Estado del arte y propuesta de definición para casos de muerte digna. DescLAB: Bogotá. 31 p.

experiencia personal y subjetiva de quien experimenta la enfermedad y el sufrimiento y, por ello, ejercen su derecho a morir dignamente.

> *"El diagnóstico fue ELA, la EPS al principio requería que mi madre tuviera más tratamientos y ya cuando la enfermedad avanzó fue cuando la autorizaron".*
>
> ***Mujer, hija de una paciente, Bogotá (2023).***

Barrera 11. Estigmas sobre las enfermedades mentales para ser consideradas como graves e incurables

Con la eliminación de la barrera de la enfermedad terminal se abrió la puerta para que otro tipo de enfermedades consideradas como «graves e incurables» comenzaran a ser evaluadas por los comités de muerte digna dentro del sistema de salud. Aparte de las enfermedades neurodegenerativas o cardíacas, las enfermedades mentales se han convertido en uno de los motivos por los cuales las personas solicitan la MMA en Colombia. No obstante, hasta la fecha se han aprobado pocos procedimientos debido a enfermedades mentales y todavía no hay consensos sobre cómo evaluar la gravedad e incurabilidad de este tipo de diagnósticos.

Dentro de los requisitos que deben evaluarse sobre la enfermedad mental al momento en que se solicita la MMA se presentan varias tensiones —algunas más profundas que para otro tipo de enfermedades— y que aún están por resolverse. Por un lado, hay una tensión sobre el consentimiento y la voluntad de una persona diagnosticada con una enfermedad mental. A pesar de que las personas con algún tipo de enfermedad mental pueden manifestar el consentimiento, no todas pueden hacerlo en todos los momentos. Esta situación genera cuestionamientos sobre el raciocinio y la competencia que tienen, particularmente aquellas personas con enfermedades de larga duración o quienes se encuentran en momentos de crisis.

Por otro lado, hay tensiones sobre la severidad de la enfermedad y la persistencia de la misma en la vida de cada persona. La gravedad de la enfermedad depende del impacto que esta genere en el proyecto de vida de cada persona, sin embargo, en el ámbito de la medicina, medir ese impacto es una tarea que varía dependiendo de cada profesional. A la vez, la persistencia de la enfermedad se enfrenta a la resistencia a los tratamientos y a la autonomía de cada persona sobre el mejor curso de tratamiento. Así, las enfermedades mentales —como enfermedades graves e incurables— continúan en un limbo al momento de ser evaluadas por los profesionales de la medicina para las solicitudes de MMA.

El estigma frente a las enfermedades mentales y al dolor psíquico son temas que apenas emergen desde una perspectiva de muerte digna. **DescLAB** acompaña personas con enfermedades mentales en el proceso de ejercer el derecho a morir dignamente en el marco del sistema de salud. Desde el movimiento social debemos continuar generando una conversación sin tabúes que procure una atención en salud oportuna y eficaz y, a la par, donde la decisión de terminar con el sufrimiento psíquico dependa de quien lo padece.

Barrera 12. Ocultamiento de cifras de interés público por parte del ministerio de salud y protección social

El MSPS oculta de manera deliberada, arbitraria e ilegal la información relativa al acceso al derecho a morir dignamente y, de esa manera, encubre las fallas generalizadas del sistema de salud y las barreras que enfrentan las personas en el ejercicio de este derecho.

A lo largo de los años, la mencionada autoridad pública ha impedido el acceso simple a la información solicitada por los ciudadanos bajo excusas arbitrarias e ilegales. A pesar de que las personas solicitan en general información anonimizada en la que se excluyen datos personas y sensibles que permitan identificar a las personas concretas que acceden al procedimiento, el MSPS ha negado el acceso a la información indicando que es

información «clasificada», un «dato sensible en salud» y «confidencial y reservada».

> *"Por otra parte, la información específica sobre eutanasia y muerte digna, recibida por este Ministerio no es de carácter público, sino que es información pública clasificada de acuerdo con lo establecido por la Ley 1712 de 2014, teniendo en cuenta la protección del secreto profesional; adicionalmente es información que contiene datos sensibles relativos a la salud, y confidenciales y reservados protegidos por la reserva de la historia clínica, de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999" .*
>
> ***Respuesta escrita del MSPS, (2025).***

Además, ha afirmado que dicha información no es calificada como un evento de salud pública, sino que se trata de una evento privado, cuyo interés para la autoridad es la verificación de cumplimiento de requisitos y generación de información para las actuaciones de diseño normativo y de asistencia técnica futura.

> *"Se informa además que, la eutanasia como forma de ejercicio del derecho fundamental a morir con dignidad no hace parte de la información susceptible de observación y análisis como evento de salud pública. No se define como evento de interés en salud pública en tanto que no es objeto de vigilancia bajo criterios de: Alta frecuencia, [Ata] Mortalidad o morbilidad, Riesgo de diseminación, Requerimiento de intervención Inmediata, Generación de alerta o preocupación de acuerdo con los parámetros establecidos por el Decreto 3518 de 2006, por el contrario, es un evento particular y privado que se revisa de manera retrospectiva para la verificación del cumplimiento de condiciones de despenalización; información a partir de la cual se establecen las características centrales de conceptualización técnica, apoyos de asistencia técnica y difusión de la norma a las IPS y el desarrollo de elementos normativos subsecuentes, siempre con un ánimo garantista de los derechos humanos".*
>
> ***Respuesta escrita del MSPS, (2025).***

Por supuesto que la información relativa al acceso a la eutanasia es privada y protegida por la reserva de la historia clínica cuando se trata de cada persona en particular. Por ello, quienes solicitamos información lo hacemos de forma agregada, general y anonimizada, de forma que sea posible conocer la ocurrencia del fenómeno que se analiza sin poder acceder a información que permita individualizar los casos. Por ello, esta excusa resulta arbitraria e ilegal. Bajo esta excusa, el MSPS se ha negado a informar, por ejemplo: la distribución por meses de la ocurrencia, la distribución por grupos de edad, las empresas aseguradoras a las que estaban afiliadas las personas que solicitan y que se practican el procedimiento, así como los tiempos promedios que transcurren entre la autorización del procedimiento y su práctica.

Barrera 13. Ausencia de información amplia y accesible sobre el derecho a morir dignamente en el proceso asistencial

La información sobre la existencia, alcance y mecanismos del derecho a morir dignamente no circula de manera suficiente, clara ni oportuna dentro del sistema de salud ni en el proceso asistencial. En la práctica, los profesionales de la salud no están habituados a abordar el tema con las personas y, con frecuencia, delegan estas conversaciones al área de cuidados paliativos, lo que restringe su tratamiento a contextos muy específicos y reduce la posibilidad de una atención transversal desde todas las especialidades.

Aunque existe una carta de derechos y deberes de las personas en el sistema de salud —donde se incluye el derecho a morir dignamente—, las IPS y EPS no la socializan activamente, ni promueven masivamente espacios para que las personas conozcan sus opciones en el final de la vida. Del mismo modo, las rutas de atención para mecanismos como la MMA están definidas, pero son ampliamente desconocidas tanto por los profesionales de la salud como por los usuarios y sus familias, lo que genera desinformación, obstáculos innecesarios y pérdida de tiempo en procesos que son urgentes.

Además, no hay una estrategia institucional sostenida desde el MSPS o las secretarías departamentales y municipales para garantizar que la información sobre el derecho a morir dignamente llegue a quienes la necesitan en el momento oportuno. En consecuencia, la tarea de difusión ha recaído casi exclusivamente en organizaciones de la sociedad civil, asociaciones de pacientes y en la voluntad individual de ciertas instituciones que deciden abordar el tema con la promoción, por ejemplo, de sus propios DVA. Esta falta de compromiso estatal en la comunicación del derecho limita su acceso, impide un ejercicio informado a tiempo y continúa reproduciendo desigualdades entre quienes acceden a la información y quienes mueren sin saber que tenían derecho a decidir sobre su final.

Desde **DescLAB** trabajamos activamente para contribuir a cerrar esta brecha de información mediante recursos gratuitos y notas de blog disponibles en nuestra página web en la estrategia **#TomaElControl**, así como talleres y webinarios de acceso abierto dirigidos a personas de todas las edades y perfiles.

"No hay una información amplia que dé fácil acceso, que sea sistemáticamente entregada de alguna manera. Un ejemplo: la Secretaría de Salud de Bogotá dice que, en el primer control prenatal de toda mujer embarazada, independientemente de la causa del embarazo o si fue deseado o no, yo como médico tengo la obligación de decirle a ella: 'Tienes derecho, como una de las opciones ante un embarazo, a interrumpirlo', y eso debe quedar escrito en la historia clínica. Estrategias como estas no existen en muerte digna. Ni siquiera, porque voy mucho a la clínica oncológica de la EPS donde trabajo y ahí tampoco veo que exista alguna fuente de información o alguna opción de información para los pacientes oncológicos. Tampoco hay una preocupación por parte del Ministerio o, más regionalmente, de las Secretarías, por capacitar y actualizar a los médicos, y por diseñar una forma de comunicación y de información permanente y sistemática a los usuarios".

Ginecólogo, Bogotá (2025).

***

El derecho a morir dignamente, como derecho emergente, debe su existencia a un conjunto de personas anónimas cuyas luchas individuales y solitarias llegaron lentamente a la Corte Constitucional colombiana. Casos sin grandes abogados y sin el respaldo de organizaciones sociales que agenciaran su discusión ante las altas cortes o ante los medios de comunicación. Estas luchas encontraron a magistrados y magistradas que usaron su conocimiento y posición para crear un derecho fundamental a partir de la interpretación constitucional y anidarlo en la órbita de otros derechos constitucionalmente protegidos.

Colombia es hoy único país del sur global que protege de manera completa y decidida el derecho a morir dignamente de las personas. Ocupa —junto con algunos países como Países Bajos, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Alemania, España, Australia y Canadá— un lugar privilegiado en las conversaciones y luchas globales por una muerte digna y autodeterminada[200].

Luego de 32 años de que llegara el primer caso sobre muerte digna a la Corte Constitucional, este proceso ha comenzado a ser intencionado y estratégico. Nuestro norte debe ser la muerte autodeterminada, en donde las personas tengan la posibilidad de pensarse como seres finitos, planear, anticipar y decidir sobre el fin de sus vidas y tomar decisiones completamente autónomas en donde la intervención de terceros sea para informar y acompañar. Avanzamos hacia un escenario de autodeterminación en donde el conocimiento científico esté al servicio de las personas que buscan una muerte segura, protegida y acompañada.

A pesar de ser el país con mayor desarrollo normativo en el continente en materia de muerte digna, Colombia no está sola en este camino. En los últimos años, el tema ha cobrado fuerza en varios países de la región, donde se han logrado avances significativos tanto en el plano legal como en el debate público. En Ecuador y Perú[201],

[200] World Federation of Right to Die Societies. (2022, 22 de octubre). World Map. World Federation of Right to Die Societies.

[201] Cfr. (1) Ámbito Jurídico. (2024, 13 de febrero). «Corte Constitucional de Ecuador despenaliza la eutanasia»; (2) El Comercio. (2025, 25 de mayo). «Eutanasia en Ecuador: el antes y después del primer caso oficial»; (3) Cable News Network (CNN). (2022, 27 de julio). «Poder Judicial de Perú da luz verde a petición de eutanasia de Ana Estrada»; (4) El País. (2024, 5 de mayo). «Muere María Benito, la paciente que batalló contra el sistema de salud por morir dignamente en Perú».

decisiones judiciales, casos emblemáticos y procedimientos recientes han abierto paso a la conversación sobre la eutanasia y el retiro de soporte vital, ampliando el reconocimiento de la autonomía en el final de la vida y acercando a la región a una comprensión más plural y garantista de este derecho.

Uruguay avanza con proyectos de ley sobre la MMA cuya discusión social y legislativa comenzó en 2021 y continúa a lo largo de 2025[202]. Argentina avanza con tres proyectos de ley cuya discusión ha generado enorme atención en el país[203]. El proyecto de constitución política de Chile incorporaba un artículo sobre la muerte digna[204] y, aunque fue rechazado popularmente, marca un camino hacia la constitucionalización de la discusión en la región.

El futuro del tema en el país y en la región debe tener como centro el fortalecimiento de la movilización social para construir y avanzar una agenda colaborativa y coordinada que permita ampliar y profundizar el derecho a morir dignamente y vigile su implementación. **DescLAB** está aquí para liderar ese nuevo movimiento social, generar conocimiento de alto nivel, dar conversaciones difíciles y desarrollar acciones de alto impacto. **Somos una voz, no un eco.**

[202] Cfr. Infobae. (2025, 9 de julio). «El proyecto que regula la eutanasia en Uruguay ya tiene los votos necesarios para ser aprobado en el Parlamento».

[203] Cfr. La Nación. (2022, 28 de agosto). «Derecho a la muerte digna: los proyectos de ley que reavivan el debate sobre eutanasia».

[204] Cfr. República de Chile. (2022). Propuesta Constitución Política de la República de Chile.

REFE-RENCIAS

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

Ámbito Jurídico. (2024, 13 de febrero). «Corte Constitucional de Ecuador despenaliza la eutanasia». Disponible en: https://www.ambitojuridico.com/noticias/internacional/constitucional-y-derechos-humanos/corte-constitucional-de-ecuador

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. (2020). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. Disponible en: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf

Cable News Network (CNN). (2022, 27 de julio). «Poder Judicial de Perú da luz verde a petición de eutanasia de Ana Estrada». Disponible en: https://cnnespanol.cnn.com/2022/07/27/poder-judicial-de-peru-da-luz-verde-a-peticion-de-eutanasia-de-ana-estrada-orix/

Cardozo Vargas, Catalina. (2024). La enfermedad grave desde el lente biopsicosocial. Estado del arte y propuesta de definición para casos de muerte digna. DescLAB: Bogotá. 31 p. Disponible en: https://www.desclab.com/monitor/monitor10

Cifras y Conceptos. (2021). Encuesta Polimétrica, septiembre 2021.

Cifras y Conceptos. (2025). Encuesta Polimétrica, mayo 2025.

Correa Montoya, Lucas. (2021). Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente. *Opinión Jurídica*, 20(41), 127-154. Disponible en: https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4

Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2021). De muerte lenta #1. Informe sobre las cifras y las barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 39 p. Disponible en: https://www.desclab.com/monitor/monitor06

Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2022). De muerte lenta #2. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá: DescLAB. 71 p.

Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila. (2024). Mucho más que eutanasia. Trayectoria y contenido del derecho emergente a la muerte digna en Colombia. Bogotá: DescLAB. Disponible en: https://www.desclab.com/monitor/monitor09-(esp)

Correa Montoya, Lucas; Giraldo Castaño, Mónica; Jaramillo Salazar, Camila. (2023). Interpretar la voluntad en el fin de la vida. Lineamientos para garantizar los derechos a la capacidad jurídica y a la muerte digna. Bogotá: DescLAB. Disponible en: https://www.desclab.com/monitor/monitor08-(esp)

Corte Constitucional colombiana. (1992). Sentencia T-409/1992 (MP: José Gregorio Hernández Galindo). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-409-92.htm

Corte Constitucional colombiana. (1993). Sentencia T-493/93 (MP: Antonio Barrera Carbonell). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-493-93.htm

Corte Constitucional colombiana. (1997). Sentencia C-239/97 (MP: Carlos Gaviria Díaz). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm

Corte Constitucional colombiana. (2014). Sentencia T-970/14 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm

Corte Constitucional colombiana. (2016). Sentencia SU-106/2016 (MP: Alberto Rojas Ríos). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-106-16.htm

Corte Constitucional colombiana.(2016). Sentencia T-132/16 (MP: Luis Ernesto Vargas Silva). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-132-16.htm

Corte Constitucional colombiana. (2017). Sentencia T-322/17 (MP: Aquiles Arrieta Gómez). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-322-17.htm

Corte Constitucional colombiana. (2017). Sentencia T-423/17 (MP: Humberto Escrucería Mayolo). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm

Corte Constitucional colombiana. (2017). Sentencia T-544/17 (Gloria Stella Ortiz Delgado, M. P). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm

Corte Constitucional colombiana. (2017). Sentencia T-721/17 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm

Corte Constitucional colombiana. (2020). Sentencia T-060/2020 (MP: Alberto Rojas Ríos). https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/T-060-20.htm

Corte Constitucional colombiana. (2021). Sentencia C-233/2021 (MP: Diana Fajardo). https://www.corte-constitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm

Corte Constitucional colombiana. (2021). Sentencia T-414/2021 (MP: Cristina Pardo Schlesinger). https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-414-21.htm

Corte Constitucional colombiana. (2022). Sentencia C-164/2022 (MP: Antonio José Lizarazo Ocampo). https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-164-22.htm

DANE. (2022). Principales indicadores - estimaciones por sexo nacional 2018-2070 y departamental 2018-2050 con base en el CNPV 2018, (consultado el 27 de noviembre de 2022). Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-del-cambio-demografico

DANE. (2024). Estadísticas Vitales (EEVV), Nacimientos y defunciones no fetales, Año 2024pr. Boletín técnico, marzo 26 de 2025.

El Comercio. (2025, 25 de mayo). «Eutanasia en Ecuador: el antes y después del primer caso oficial». Disponible en: https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/eutanasia-en-ecuador-el-antes-y-despues-del-primer-caso-oficial/

El Espectador. (2015, 30 de junio). «Ovidio reclamará el derecho a morir». Disponible en: https://www.elespectador.com/salud/ovidio-reclamara-el-derecho-a-morir-article-569139/

El Espectador. (2015, 3 de julio). «Ovidio González ya fue sometido a la primera eutanasia legal en Colombia». Disponible en: https://www.elespectador.com/salud/ovidio-gonzalez-ya-fue-sometido-a-la-primera-eutanasia-legal-en-colombia-article-570008/

El Espectador. (2020, 21 de septiembre). «Eutanasia: la deuda de 23 años del Congreso». Disponible en: https://www.elespectador.com/politica/eutanasia-la-deuda-de-23-anos-del-congreso-article/

El Espectador. (2021, 8 de abril). «El fracaso de seguir aplazando el derecho a la eutanasia». Disponible en: https://www.elespectador.com/opinion/editorial/el-fracaso-de-seguir-aplazando-el-derecho-a-la-eutanasia/

El Espectador. (2021, 22 de julio). «Acceder a la eutanasia será más fácil: Corte Constitucional disminuyó requisitos» Disponible en: https://www.elespectador.com/judicial/acceder-a-la-eutanasia-sera-mas-facil-corte-constitucional-disminuyo-requisitos

El Espectador. (2021, 24 de julio). «Contribuir a una muerte digna sí es un acto de amor». Disponible en: https://www.elespectador.com/opinion/editorial/contribuir-a-una-muerte-digna-si-es-un-acto-de-amor/

El Espectador. (2022, 11 de enero). «Colombia avanza en el derecho a la muerte digna». Disponible en: https://www.elespectador.com/opinion/editorial/colombia-avanza-en-el-derecho-a-la-muerte-digna/

El Espectador. (2022, 13 de mayo). «Suicidio asistido: Iglesia insiste en que la vida termina con la muerte natural». Disponible en: https://www.elespectador.com/politica/suicidio-asistido-la-iglesia-insiste-que-la-vida-termina-con-la-muerte-natural/;

El Espectador. (2022, 11 de mayo). «El suicidio médicamente asistido es legal: Corte Constitucional». Disponible en: https://www.elespectador.com/judicial/corte-constitucional-despenalizo-el-suicidio-medicamente-asistido/

El Espectador. (2024, 8 de agosto). «El 2023 fue el año en el que se practicaron más eutanasias en Colombia». Disponible en: https://www.elespectador.com/salud/el-2023-fue-el-ano-con-mas-eutanasias-practicadas-en-el-sistema-de-salud-de-colombia/

El Espectador. (2025, 25 de marzo). «Congreso debatirá en segundo debate la reglamentación de la eutanasia en Colombia». Disponible en: https://www.elespectador.com/politica/eutanasia-en-colombia-congreso-debatira-su-reglamentacion-en-segundo-debate-juan-carlos-losada-noticias-hoy/

El Espectador. (2025, 31 de marzo). «Eutanasia: el Congreso le falla a la dignidad». Disponible en: https://www.elespectador.com/opinion/editorial/editorial-eutanasia-el-congreso-le-falla-a-la-dignidad/

El Espectador. (2025, 9 de julio). «Los "peros" de la nueva regulación sobre eutanasia que alista el Minsalud». Disponible en: https://www.elespectador.com/salud/los-peros-de-la-nueva-regulacion-sobre-eutanasia-que-alista-el-minsalud/

El Espectador. (2025, 14 de junio). «Minsalud debe adecuar reglas para que menores de edad puedan pedir la eutanasia». Disponible en: https://www.elespectador.com/salud/minsalud-publica-proyecto-para-actualizar-la-norma-de-eutanasia-en-colombia/

El Espectador. (2025, 14 de junio). «Minsalud propone actualizar la norma sobre eutanasia y muerte digna en Colombia». Disponible en: https://www.elespectador.com/salud/minsalud-publica-proyecto-para-actualizar-la-norma-de-eutanasia-en-colombia/

El País. (2021, 28 de octubre). «Víctor Escobar, el colombiano que espera desde hace dos años la eutanasia que logró Martha Sepúlveda». Disponible en: https://elpais.com/internacional/2021-10-29/victor-escobar-el-colombiano-que-espera-desde-hace-dos-anos-la-eutanasia-que-logro-martha-sepulveda.html

El País. (2022, 3 de agosto). «Diputados unifican los dos proyectos de ley que pretenden legalizar la eutanasia». Disponible en: https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/diputados-unifican-proyectos-ley-pretenden-legalizar-eutanasia.html

El País. (2024, 5 de mayo). «Muere María Benito, la paciente que batalló contra el sistema de salud por morir dignamente en Perú». Disponible en: https://elpais.com/america/2024-05-05/muere-maria-benito-la-paciente-que-batallo-contra-el-sistema-de-salud-por-morir-dignamente-en-peru.html

El Tiempo. (2021, 12 de abril). «Cada seis días se practica una eutanasia en Colombia». Disponible en: https://www.eltiempo.com/salud/eutanasia-cuantas-se-han-practicado-en-colombia-636961

El Tiempo. (2021, 15 de julio). «'Eutanasia directa es moralmente inaceptable': Iglesia». Disponible en: https://www.eltiempo.com/vida/religion/reaccion-de-la-iglesia-a-resolucion-sobre-eutanasia-en-colombia-603374

El Tiempo. (2021, 15 de julio). «Otra vez la eutanasia». Disponible en: https://www.eltiempo.com/opinion/editorial/editorial-sobre-la-eutanasia-en-el-pais-603620.

El Tiempo. (2021, 23 de julio). «'La eutanasia es un homicidio': Iglesia Católica». Disponible en: https://www.eltiempo.com/vida/religion/eutanasia-en-colombia-respuesta-de-iglesia-catolica-al-fallo-de-la-corte-605416

El Tiempo. (2021, 22 de julio). «Alcances del fallo que amplía la eutanasia a pacientes no terminales». Disponible en: https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/eutanasia-en-colombia-corte-amplia-derecho-a-pacientes-no-terminales-605133

El Tiempo. (2022, 10 de febrero). «La cartilla de la Iglesia Católica contra la eutanasia desata controversia». Disponible en: https://www.eltiempo.com/vida/religion/eutanasia-iglesia-catolica-en-colombia-lanza-polemica-cartilla-en-contra-650833

El Tiempo. (2022, 4 de octubre). «Eutanasia: piden incluir el suicidio médicamente asistido en proyecto de ley». Disponible en: https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/eutanasia-piden-incluir-en-proyecto-el-suicidio-medicamente-asistido-707357

El Tiempo. (2023, 4 de febrero). «En el país la eutanasia se multiplicó por veinticuatro en los últimos ocho años». Disponible en: https://www.eltiempo.com/salud/en-el-pais-la-eutanasia-se-multiplico-por-veinticuatro-los-ultimos-anos-739289

El Tiempo. (2023, 10 de febrero). «Morir dignamente». Disponible en: https://www.eltiempo.com/opinion/editorial/morir-dignamente-editorial-el-tiempo-741191

El Tiempo. (2023, 15 de agosto). «Eutanasia: Corte cuestiona incumplimiento de sus fallos y exige, de nuevo, regulación». Disponible en: https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/eutanasia-corte-cuestiona-incumplimiento-de-sus-fallos-y-exige-regulacion-796317

El Tiempo. (2023, 9 de septiembre). «Eutanasia: ¿Cómo se accedería al procedimiento según el nuevo proyecto de ley?». Disponible en: https://www.eltiempo.com/salud/eutanasia-como-se-accederia-al-procedimiento-segun-nuevo-proyecto-de-ley-804362

El Tiempo. (2023, 26 de septiembre). «El proyecto que busca regular la eutanasia en Colombia fue aprobado en primer debate». Disponible en: https://www.eltiempo.com/politica/congreso/proyecto-que-regula-la-eutanasia-en-colombia-paso-su-primner-debate-en-el-congreso-809821

El Tiempo. (2023, 27 de diciembre). «Minsalud adelanta proyecto para regular las condiciones para la eutanasia en Colombia». Disponible en: https://www.eltiempo.com/salud/min-adelanta-proyecto-para-regular-las-condiciones-para-la-eutanasia-en-colombia-839211

El Tiempo. (2024, 3 de mayo) «¿Minsalud oculta datos sobre eutanasias en Colombia? La denuncia que hace organización civil». Disponible en: https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/minsalud-oculta-datos-sobre-eutanasias-en-colombia-la-denuncia-que-hace-organizacion-civil-3339513;

El Tiempo. (2024, 28 de agosto). «Joven hincha de Millonarios pidió recibir la eutanasia tras contraer infección y sufrir cáncer: 'No hubo milagro'». Disponible en: https://www.eltiempo.com/bogota/joven-hincha-de-millonarios-pidio-recibir-la-eutanasia-tras-contraer-bacteria-en-una-piscina-y-sufrir-cancer-no-hubo-milagro-3375728

El Tiempo. (2024, 30 de agosto). «Atención: murió Javier Acosta, el hincha de Millonarios, quien se sometió a la eutanasia este viernes, en Bogotá». Disponible en: https://www.eltiempo.com/bogota/atencion-murio-javier-acosta-el-hincha-de-millonarios-quien-se-sometio-a-la-eutanasia-este-viernes-en-bogota-3376726

El Tiempo. (2024, 3 de septiembre). «'El Congreso le ha fallado a la ciudadanía al no legislar sobre la eutanasia': Directora de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente». Disponible en: https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/el-congreso-le-ha-fallado-a-la-ciudadania-al-no-regular-la-eutanasia-directora-de-la-fundacion-pro-derecho-a-morir-dignamente-3377790

González, Catalina. (2022). "Autonomía en bioética: críticas y re-definiciones". Isegoría, núm. 67, 1–13. https://doi.org/10.3989/isegoria.2022.67.12.

Infobae. (2025, 9 de julio). «El proyecto que regula la eutanasia en Uruguay ya tiene los votos necesarios para ser aprobado en el Parlamento». Disponible en: https://www.infobae.com/america/america-latina/2025/07/09/el-proyecto-que-regula-la-eutanasia-en-uruguay-ya-tiene-los-votos-necesarios-para-ser-aprobado-en-el-parlamento/

Invamer. (2022). Colombia Opina número 11, abril 2022.

Invamer. (2022). Colombia Opina número 13, junio 2022.

La Nación. (2022, 28 de agosto). «Derecho a la muerte digna: los proyectos de ley que reavivan el debate sobre eutanasia». Disponible en: https://www.lanacion.com.ar/sociedad/derecho-a-la-muerte-digna-los-proyectos-de-ley-que-reavivan-el-debate-sobre-la-eutanasia-nid28082022/

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Reporte de cifras y datos sobre muerte digna (corte al 31 de diciembre de 2024). Respuesta del 9 de mayo de 2025.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021). Resolución 229 de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 2665 de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 825 de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021). Resolución 971 de 2021.

New York Times. (2025, 7 de agosto). «Impulsó el derecho a una muerte digna, empezando por la suya». Disponible en: https://www.nytimes.com/es/2025/08/07/espanol/ciencia-y-tecnologia/tatiana-andia-eutanasia-colombia.html

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. (2021) Estado actual de los cuidados paliativos. Reporte Técnico 2019. Edición 4. Disponible en: https://occp.com.co/wp-content/uploads/2021/08/2020-2021.pdf

Pereira Arana, Isabel y Ramírez Bolívar, Lucía. (2019). Los caminos del dolor: Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia. Dejusticia. Disponible en: https://www.dejusticia.org/publication/los-caminos-del-dolor-acceso-a-cuidados-paliativos-y-tratamiento-por-consumo-de-heroina-en-colombia/

República de Chile. (2022). Propuesta Constitución Política de la República de Chile. Disponible en: https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf

República de Colombia. (1991). Constitución Política de 1991.

República de Colombia. (2000). Ley 599 de 2000.

Semana. (2021, 22 de julio). «Corte Constitucional amplió la eutanasia a pacientes no terminales». Disponible en: https://www.semana.com/nacion/articulo/corte-constitucional-amplio-la-eutanasia-a-pacientes-no-terminales/202132/

Semana. (2021, 9 de octubre). «MinSalud se pronuncia sobre cancelación de la eutanasia de Martha Sepúlveda». Disponible en: https://www.semana.com/nacion/articulo/minsalud-advierte-que-sentencia-de-corte-sobre-eutanasia-aun-no-tiene-efectos-juridicos/202126/

Semana. (2022, 11 de mayo). «Corte Constitucional legalizó el suicidio médicamente asistido en Colombia». Disponible en: https://www.semana.com/nacion/articulo/atencion-corte-constitucional-legalizo-el-suicidio-medicamente-asistido-en-colombia/202226/

Semana. (2023, 5 de febrero). «La eutanasia en Colombia se multiplicó en los últimos años, esta es la razón». Disponible en: https://www.semana.com/salud/articulo/la-eutanasia-en-colombia-se-multiplico-en-los-ultimos-anos-esta-es-la-razon/202333/

Semana. (2025, 27 de marzo). «Congresista del Pacto Histórico culpó a colegas progresistas del hundimiento de la regulación de la eutanasia, ¿por qué?». Disponible en: https://www.semana.com/confidenciales/articulo/congresista-del-pacto-historico-culpo-a-colegas-progresistas-del-hundimiento-de-la-regulacion-de-la-eutanasia-por-que/202548/

Semana. (2025, 28 de junio). «¿Secretismo con cifras de la eutanasia en Colombia? El Ministerio de Salud no actualiza las estadísticas sobre el procedimiento: "No contesta"». Disponible en: https://www.semana.com/politica/articulo/secretismo-con-cifras-de-la-eutanasia-en-colombia-el-ministerio-de-salud-no-actualiza-las-estadisticas-sobre-el-procedimiento-no-contesta/202543/

Sherwin, Susan. (1992). No longer patient. Feminist Ethics and Health Care. Temple University Press.

Sherwin, Susan. (1998). "A Relational Approach to Autonomy in Health Care". En The politics of women's health: Exploring agency and autonomy, 19–47. Temple University Press.

Superintendencia Nacional de Salud. (2021). Circular Externa 20211700000006-5 de 2021 por la cual se imparten instrucciones para la verificación de la correcta implementación de la regulación para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad.

Superintendencia Nacional de Salud. (2025). Reporte de cifras, datos y actuaciones sobre muerte digna. Respuesta del 2 de mayo de 2025.

World Federation of Right to Die Societies. (2025). World Map. World Federation of Right to Die Societies. Disponible en: https://wfrtds.org/worldmap/