

Bogotá, agosto 18 de 2026

**Honorable Magistrada
Paola Andrea Meneses Mosquera
Corte Constitucional de Colombia**

REFERENCIA: Intervención ciudadana en el **expediente T-11.975.317** en la Acción de tutela interpuesta por Catalina Giraldo Silva contra la EPS Sanitas, el Congreso de la República de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Superintendencia Nacional de Salud

Las personas abajo firmantes, integrantes del Centro para la Salud y los Derechos Humanos¹ del Instituto O'Neill para el Derecho y la Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown nos dirigimos a ustedes con el propósito de intervenir en la revisión de la acción de tutela de la referencia interpuesta por Catalina Giraldo Silva contra la EPS Sanitas, el Congreso de la República de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Superintendencia Nacional de Salud. Esto, en respuesta a la invitación de la Corte Constitucional hecha mediante el auto de 3 de agosto de 2026 en el que se nos formularon diferentes preguntas para el abordaje del caso en estudio.

El Instituto O'Neill se estableció en 2007 con el objetivo de responder a la necesidad de soluciones innovadoras a los problemas de salud más críticos a nivel global, nacional y local. Ubicado en la Facultad de Derecho de la Universidad de Georgetown en Washington D.C., el Instituto O'Neill busca contribuir a un entendimiento profundo de las múltiples maneras en las que el derecho, incluyendo los derechos humanos, puede ser utilizado para mejorar la salud.

Adicionalmente, el Centro para la Salud y los Derechos Humanos trabaja para mejorar la salud a través de investigaciones académicas que se centran en el nexo entre la salud y los marcos jurídicos nacionales e internacionales de derechos humanos. Nuestro equipo colabora estrechamente con socios locales para desarrollar capacidades, brindar asistencia técnica y emprender litigios estratégicos, especialmente en América Latina. Lo anterior nos ha llevado a colaborar con las máximas instancias judiciales de los países del continente americano, incluyendo la preparación de insumos técnico-jurídicos sobre diversos temas relacionados con el derecho a la salud.

Respondiendo a la invitación de este honorable despacho, presentamos esta intervención para dar respuesta a algunas de las preguntas planteadas por la Sala en el punto número 9 del auto. Puntualmente, nos vamos a referir a algunos de los ítems señalados en los criterios de gravedad y

¹ Anteriormente Iniciativa Salud y Derechos Humanos (HHRI por su nombre en inglés)

sufrimiento, consentimiento libre, consciente e informado y las salvaguardas. De igual modo, respondiendo a los datos adicionales solicitados por esta Corte, nos referimos a experiencias de utilidad en el derecho comparado y ofrecemos algunas consideraciones sobre el rol del Ministerio de Salud frente a la materialización del derecho a la muerte digna.

Para esto, esta intervención sigue el siguiente orden. 1) Nos referimos a los estándares del marco legal colombiano, y cómo a través de la jurisprudencia de esta Corte se han establecido reglas y subreglas relacionadas con el derecho fundamental a la muerte digna, entendido como un derecho que se materializa en diferentes facetas. De igual modo, señalamos las diferencias entre la eutanasia y el suicidio medicamente asistido (en adelante SMA) y resaltamos que ya hoy Colombia cuenta con salvaguardas robustas que permiten proteger el acceso autónomo a las facetas del derecho. Al igual, analizamos el rol del Congreso de la República y el Ministerio de Salud en la regulación de las diferentes facetas de la muerte digna. 2) Ofrecemos diferentes experiencias en el derecho comparado en el que se ha regulado el acceso a la muerte asistida, y en específico al SMA, señalando las salvaguardas dispuestas y la existencia o no de disposiciones específicas frente a quienes accedan por razones de sufrimiento mental. 3) Brindamos consideraciones sobre el sufrimiento mental en relación con los estándares del derecho a la salud y mostramos cómo este tipo de sufrimiento tiene un carácter subjetivo y también puede ser crónico e incurable. 4) Analizamos las preguntas formuladas por esta Corte en relación con el consentimiento libre, consciente e informado en relación con la muerte digna y los estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En concreto, nos referimos a los debates que han surgido en materia de discapacidad y muerte digna y brindamos ejemplos de mecanismos que pueden ser útiles para garantizar la toma de decisiones libre de personas con discapacidad psicosocial. Finalmente, ofrecemos unas recomendaciones para que la Corte analice el caso de estudio.

Contenidos de la intervención

1.	2
1.1. Las diferencias entre eutanasia y suicidio médicamente asistido	4
1.2. En Colombia ya existen requisitos y salvaguardas para acceder a la muerte digna.....	6
1.3. La jurisprudencia se ha referido ampliamente a la obligación del Estado de garantizar derechos constitucionalmente protegidos como el derecho a morir dignamente	8
2.	11
2.1. La regulación de suicidio médicamente asistido y la eutanasia.....	11
<i>Canadá</i>	11
<i>Nueva Zelanda</i>	12
<i>Australia</i>	13
2.2. La regulación de la asistencia médica para morir para personas con sufrimiento mental	13
<i>Bélgica</i>	13
<i>Países Bajos</i>	14
<i>Luxemburgo</i>	14
<i>España</i>	15
3. Consideraciones sobre el sufrimiento mental y el acceso a la muerte digna	15
3.1. El sufrimiento mental puede ser incompatible con el concepto de dignidad de cada persona	15
3.2. La salud mental como parte de la salud en el DIDH	17
3.3. Cronicidad e incurabilidad en el contexto de salud mental	18
4. El consentimiento informado, libre, consciente e informado y las condiciones salud mental y sus implicaciones bajo la CDPD	20
4.1. Las decisiones sobre muerte digna en personas con discapacidad en el marco legal colombiano ...	24
4.2. Las personas con condiciones de salud mental y el consentimiento para la muerte digna.....	26
6. Recomendaciones para la Corte	29

1. En Colombia el derecho a morir dignamente está reconocido y protegido constitucionalmente

A través de la sentencia C-239 de 1997, la Corte Constitucional excluyó del ordenamiento jurídico la posibilidad de sancionar penalmente el homicidio por piedad cuando existe el consentimiento del

paciente, se lleve a cabo por un médico y se certifique el padecimiento de una enfermedad terminal². En este fallo, la Corte delineó la existencia de “el derecho fundamental a vivir en forma digna” estableciendo que tiene una relación con el derecho a la dignidad y la autonomía de las personas³.

Luego de esta decisión, la Corte ha estudiado diversos casos de tutela en los cuales los pacientes han requerido la protección de su derecho a morir dignamente, al no haber podido acceder al procedimiento de la eutanasia⁴. A través de estas decisiones, la Corte ha precisado el alcance del derecho a morir dignamente, definido los requisitos del consentimiento informado en los procedimientos de eutanasia⁵ y abordado consideraciones especiales para niños, niñas y adolescentes⁶, así como para personas con discapacidad⁷ que solicitan acceder a la eutanasia.

En 2021, la Corte Constitucional examinó una nueva demanda pública de inconstitucionalidad contra el Código Penal, en la que se argumentaba que limitar la eutanasia a las personas con una "enfermedad terminal" excluía a quienes padecen condiciones de salud extremadamente graves que les generan un sufrimiento intenso, vulnerando así sus derechos a la integridad, la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad y el principio de solidaridad. En la Sentencia C-233 de 2021, la Corte sostuvo que "la condición de enfermedad terminal constituye una barrera para el ejercicio efectivo del derecho fundamental a morir dignamente y una restricción indebida de la dignidad humana en sus dimensiones de autonomía e integridad física y moral"⁸. Asimismo, destacó que las condiciones de salud extremadamente graves que producen sufrimiento intenso también deben habilitar el acceso a la eutanasia. La Corte explicó además que exigir un pronóstico de muerte inminente no necesariamente cumple la finalidad de proteger la vida, sino que, por el contrario, "impone una limitación significativa a la autonomía y al derecho de evitar condiciones que contradicen los intereses críticos o la concepción personal de una vida digna".

En consecuencia, la Corte determinó que la eutanasia puede practicarse cuando concurren tres condiciones: i) que el paciente otorgue un consentimiento libre e informado; ii) que el procedimiento sea realizado por un médico; y iii) que el paciente experimente un sufrimiento físico o psíquico intenso derivado de una lesión corporal o de una enfermedad grave e incurable. En consecuencia, la enfermedad terminal dejó de ser un requisito para acceder a la eutanasia en Colombia.

En 2022, mediante la Sentencia C-164, la Corte declaró la exequibilidad del artículo 107 del Código Penal, que tipifica el delito de inducción o ayuda al suicidio. Sin embargo, precisó que la conducta de "prestar ayuda al suicidio" no constituye delito cuando es realizada por un médico y se cumplen los

² Corte Constitucional, sentencia C-239 de 1997.

³ Corte Constitucional, sentencia C-239 de 1997.

⁴ Corte Constitucional, sentencias T-970 of 2014, T-132 of 2016, T-322 of 2017, T-423 of 2017, T-721 of 2017, T-544 of 2017, T-060 of 2020, T-048 of 2023, T-445 de 2024, T-057 of 2025, T-438 de 2025.

⁵ La Corte ha analizado los distintos matices del consentimiento informado en los procedimientos al final de la vida en las sentencias T-970 de 2014, T-544 de 2017, T-721 de 2017, T-060 de 2020, T-048 de 2023 y T-445 de 2024 y T-057 de 2025 y T-438 de 2025.

⁶ Corte Constitucional, sentencia T-721 de 2017 y T-544 de 2017.

⁷ Corte Constitucional, sentencia T-048 de 2023.

⁸ Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021.

requisitos vigentes para acceder a la eutanasia. De esta manera, la Corte reconoció la ayuda médica para morir como una opción adicional dentro del derecho a morir con dignidad⁹. Así, la ayuda médica para el suicidio no se considera punible cuando: i) se realice por un médico, ii) con el consentimiento libre, consciente e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable¹⁰.

A través de estas sentencias la Corte ha definido el derecho a morir dignamente como un derecho autónomo e independiente que comprende distintas facetas, entre ellas: i) los cuidados paliativos, orientados al manejo del dolor y del sufrimiento en casos de enfermedades para las cuales no existen medidas terapéuticas o curativas eficaces; ii) la adecuación del esfuerzo terapéutico, que implica suspender o limitar las medidas de soporte vital cuando estas puedan ocasionar un mayor sufrimiento al paciente; y iii) los procedimientos específicos para morir, entre ellos la eutanasia activa, la sedación paliativa en la fase terminal y el suicidio médicamente asistido¹¹.

La Corte ha aclarado que estas distintas facetas no son mutuamente excluyentes, sino que deben contribuir conjuntamente a garantizar la dignidad y la autodeterminación de las personas que enfrentan el final de la vida. Por esto, como lo ha señalado la Corte, "no puede obligarse a una persona a agotar una modalidad antes de acceder a otra ni a aceptar un tratamiento que considere desproporcionado; corresponde al paciente determinar cuál alternativa se ajusta mejor a su condición de salud, a sus intereses vitales y a su concepción de una vida digna"¹².

1.1. Las diferencias entre eutanasia y suicidio médicamente asistido

Como ya lo estableció la misma Corte, el suicidio médicamente asistido se diferencia de la eutanasia, ya que en el primero, es el paciente quien se autoadministra el medicamento que le causará la muerte para dar fin a intensos sufrimientos que provienen de una enfermedad grave e incurable. Por su lado, en el procedimiento de eutanasia es el médico quien provee el medicamento dentro de un esquema de tiempos y condiciones establecidas.

En la sentencia C-164 de 2022 que despenalizó el SMA, esta Corte estableció que ambas prácticas más que representar diferencias netamente técnicas, tienen diferencias teleológicas, pues el SMA se legitima "aún más" la materialización de la autonomía y la dignidad, ya que:

“(…) es el paciente quien se auto administra el medicamento prescrito para alcanzar el resultado, y mantiene el control sobre el proceso causal de su propia muerte que no se predica de la eutanasia en el mismo grado. Quien opta por la AMS en lugar de la eutanasia, está ni más ni menos que reclamando *agencia*

⁹ Corte Constitucional, sentencia C-164 de 2022.

¹⁰ Corte Constitucional, sentencia C-164 de 2022.

¹¹ Corte Constitucional, sentencia C-164 de 2022 y C-233 de 2021.

¹² Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021.

para dar fin a su sufrimiento; pues prefiere no delegar tan importante acaecimiento a un tercero.”¹³ (Resaltado fuera del texto)

Esta puntualización de la Corte es fundamental y el presente caso es una oportunidad para que pueda profundizar en que las diferencias entre eutanasia y SMA no se limitan a una cuestión meramente técnica del proceso, sino que la elección entre uno u otro tiene implicaciones importantes en la protección del derecho fundamental a la muerte digna. Esto se desprende del hecho de que el resultado de muerte no es el único objetivo que persigue el acceso a una muerte digna, sino que el componente de dignidad está directamente relacionado con el proceso y la forma en la que se llega a dicho resultado. En esta cuestión, la subjetividad de cada paciente es fundamental. Mientras para algunos pacientes, la eutanasia puede ser la vía que más se ajusta a su dignidad, para otros el suicidio médicamente asistido es el que le recubre el proceso de muerte de una mayor dignidad.

Esta diferencia también ha sido explorada por la Asociación Americana de Psicología (APA) que tras investigación del acceso a la práctica de asistencia a la muerte en el Estado de Oregon, Estados Unidos, ha señalado que el deseo de adelantar la propia muerte suele surgir de la necesidad de recuperar el control sobre la propia vida¹⁴. Los pacientes que solicitan la asistencia médica para morir (ya sea por medio de la eutanasia o del SMA), lo hacen no únicamente por los síntomas físicos o mentales o por las afectaciones a la calidad de vida que experimentan en el momento de la solicitud, sino también buscando sopesar la pérdida de autonomía que pueden experimentar frente a su propia vida y muerte durante una enfermedad¹⁵. Estudios cualitativos en Oregon han demostrado que los pacientes recurren a la asistencia médica para morir lo hacen por razones relacionadas con la pérdida de independencia, deseo de controlar el momento y la manera de morir y hacerlo en casa, así como la posibilidad de que empeoren el dolor o la calidad de vida y de perder la capacidad de cuidarse por sí mismos¹⁶. Precisamente la recuperación de la autonomía se puede materializar más fuertemente a través de la opción de la SMA, ya que las personas pueden tener la opción de acceder o no a los medicamentos cuando éstos lo decidan dentro de su esfera privada. Y esto en sí mismo, puede traer un beneficio para su calidad de vida, su salud mental durante la enfermedad, entre otras. De este mismo modo, el rol de los médicos en el SMA es menor que el de los pacientes, ya que su gestión se limita a la verificación de condiciones y apoyo en la guía para la auto administración del medicamento¹⁷.

¹³ Corte Constitucional, sentencia C-164 de 2022.

¹⁴ Kirsten Weir, “Assisted dying: The motivations, benefits and pitfalls of hastening death”, December 2017, Vol 48, No. 11, American Psychological Association, <http://apa.org/monitor/2017/12/ce-corner>

¹⁵ Kirsten Weir, “Assisted dying: The motivations, benefits and pitfalls of hastening death”, December 2017, Vol 48, No. 11, American Psychological Association, <http://apa.org/monitor/2017/12/ce-corner>

¹⁶ Blanke C, LeBlanc M, Hershman D, Ellis L, Meyskens F. “Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon”. *JAMA Oncol*. 2017 Oct 1;3(10):1403-1406. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.0243. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28384683/>

¹⁷ Andrea Fontalis, Efthymia Prousalis, et al, “Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate?”, *J R Soc Med*. 2018 Nov 14;111(11):407–413. Disponible en línea: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6243437/#bibr36-0141076818803452>

Por ejemplo, Verónica L. Shead, psicóloga del Sistema de Atención Médica para Veteranos (VA) de St. Louis, señala que muchas personas que reciben una receta para medicamentos mediante la práctica de suicidio médicamente asistido, finalmente deciden no utilizarlos. En un año en Oregon, de las 204 personas que solicitaron un medicamento letal, 71 optaron por no tomarlo¹⁸. En 2018, el 25% de las personas hospitalizadas en una clínica de los Países Bajos retiraron su solicitud de MAID. Según Death With Dignity, una organización sin fines de lucro dedicada a la defensa y formulación de políticas sobre el final de la vida, aproximadamente el 30% de las personas que solicitan la práctica nunca llegan a tomar el medicamento¹⁹.

Así, aunque se termine materializando o no la toma del medicamento, el SMA les brinda a los pacientes mayor autonomía y margen más amplio de acción que no sólo se relaciona con cuándo y cómo morir, sino que es un margen que incluso permite una mayor flexibilidad sobre la decisión misma de hacerlo. En efecto, los pacientes manifiestan un mayor nivel de control y autonomía sobre su propia muerte cuando pueden disponer del medicamento para realizar un SMA en sus casas.

Siguiendo lo anterior, como la eutanasia y el SMA constituyen distintas vías para el ejercicio del derecho fundamental a morir dignamente, es cada persona, dentro de su autonomía quien debería poder elegir cuál proceso satisface más su concepto de dignidad. Así lo ha reiterado esta Corte cuando ha puntualizado que las diferentes facetas del derecho a la muerte digna “deben contribuir a aumentar la dignidad y la capacidad de autodeterminarse de todas las personas en el umbral de la muerte”. Por esa razón, la Corte ha subrayado como subregla constitucional que “corresponde al paciente determinar cuál es el cauce que mejor se adecúa a su condición de salud, a sus intereses vitales, y a su concepto de vida digna”²⁰. Como lo muestra el expediente en estudio, aunque Catalina terminó accediendo a una eutanasia, su deseo y lo que mejor representaba su concepto de dignidad era el SMA que no pudo materializar bajo la excusa de la falta de regulación vigente en la materia. No sería lógico entonces concluir que su derecho a la muerte digna se protegió por haber podido acceder a la eutanasia, ya que justamente no pudo acceder al procedimiento de su elección que, como se indicó previamente, está intrínsecamente relacionado con uno de los componentes más importantes del derecho, esto, es la autonomía y agencia.

1.2. En Colombia ya existen requisitos y salvaguardas para acceder a la muerte digna

En Colombia hoy existen diferentes requisitos y salvaguardas para acceder a las diferentes facetas del derecho a morir dignamente. Por un lado, a lo largo de su jurisprudencia esta Corte ha puntualizado la importancia de contar con diferentes mecanismos, procedimientos y requisitos que permitan que las personas puedan acceder a diferentes procedimientos, incluyendo la eutanasia. Por otro lado, respondiendo a órdenes concretas de esta Corte, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido

¹⁸ Kirsten Weir, “Assisted dying: The motivations, benefits and pitfalls of hastening death”, December 2017, Vol 48, No. 11, American Psychological Association, <http://apa.org/monitor/2017/12/ce-corner>

¹⁹ Death with Dignity, “Medical aid in dying as an end-of-life option offers Death with Dignity”, Mar 29, 2023, <https://deathwithdignity.org/news/2023/03/3-29-23-senior-guide/>

²⁰ Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021.

las Resoluciones 1216 de 2015 y 971 de 2021, mediante las cuales establece los lineamientos para la prestación de los procedimientos de eutanasia en Colombia. Solo hasta 2015, tras la Sentencia T-970 de 2014, el Ministerio de Salud dio cumplimiento a la orden de la Corte de expedir “una directriz y adoptar todas las medidas necesarias para que los hospitales, clínicas, EPS, IPS y, en general, los prestadores del servicio de salud conformen el comité interdisciplinario de que trata esta sentencia y cumplan con las obligaciones emitidas en esta decisión”²¹. En cumplimiento de esta decisión, el Ministerio de Salud creó formalmente los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad que deben conformarse en todos los hospitales y clínicas de mediana y alta complejidad y tienen la responsabilidad de evaluar cada solicitud de eutanasia y emitir una decisión en un plazo de diez días. Además, deben orientar tanto a los pacientes como a los médicos durante todo el proceso²².

En materia de salvaguardas, las resoluciones del Ministerio de Salud han establecido diferentes mecanismos que incluyen, entre otros, que: i) El médico que reciba la solicitud de eutanasia debe proveer información sobre alternativas y cuidados paliativos a quien solicite la eutanasia y debe hacer una revisión mínima de requisitos, y en caso de que se cumplan debe activar el Comité Científico-interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad en un término de 24 horas; ii) Los pacientes tienen derecho a activar una segunda opinión médica cuando el primer profesional haya decidido que no se cumple con los requisitos; iii) Los Comités Científicos tienen (10) días calendario para realizar el estudio y análisis del cumplimiento de requisitos y deben verificar que el procedimiento se practique cuando la persona lo requiera y que no haya irregularidades; iv) Una vez los Comités autoricen los procedimientos, las personas podrán agendarlo cuando lo deseen en un plazo máximo de 15 días; v) Las personas deben reiterar su consentimiento a la hora de acceder al procedimiento, entendiendo que puede haber cambios de opinión desde la solicitud; ; vi) las entidades y Comités deben realizar un reporte del trámite verificación y realización de los procedimientos al Ministerio de Salud que verificará que se hayan cumplido los requisitos establecidos en la norma.

En estas regulaciones administrativas, el Ministerio de Salud también ha brindado directrices sobre la objeción de conciencia, estableciendo que no puede constituir una barrera para el acceso a la eutanasia. Así, se ha establecido que los médicos que deseen invocar la objeción de conciencia deben manifestarlo antes de conocer una solicitud concreta, y esta solo puede ser ejercida por el profesional directamente encargado de practicar el procedimiento²³. La objeción de conciencia no puede ser invocada por el personal administrativo ni por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Asimismo, el Ministerio ha señalado que los integrantes de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad no pueden ser objetores de conciencia²⁴.

En 2015, el Ministerio de Salud también expidió el “Protocolo para la Aplicación del Procedimiento de Eutanasia”, mediante el cual reconoció formalmente la eutanasia como un derecho y como un procedimiento de salud cubierto por el Plan de Beneficios en Salud. En consecuencia, los pacientes no

²¹ Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021.

²² Ministerio de Salud y Protección Social, Resoluciones 1216 de 2015 y 971 de 2021

²³ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971 de 2021, art 33.

²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1216 de 2015, art 6.

deben asumir ningún costo para acceder a este procedimiento. El protocolo también sistematiza la evidencia médica relevante sobre la materia y establece orientaciones técnicas para determinar los criterios de elegibilidad, evaluar, cuando sea necesario, la competencia del paciente para adoptar decisiones al final de la vida y recomendar las intervenciones farmacológicas apropiadas para realizar los procedimientos²⁵.

En 2018, también cumpliendo con órdenes constitucionales, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 825, mediante la cual definió el alcance de los cuidados paliativos pediátricos y reconociendo el derecho de los niños, niñas y adolescentes con enfermedades potencialmente mortales o que limitan la vida a morir con dignidad²⁶.

Más recientemente, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 813 de 2026 “Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con el derecho a morir dignamente, en sus dimensiones de Eutanasia y de Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos y se dictan otras disposiciones”. En esta Resolución, el Ministerio amplió las definiciones de salud extrema y condiciones clínicas de fin de la vida, según lo establecido en la sentencia C-233 de 2021. En materia de enfermedad grave e incurable se mencionan expresamente los trastornos mentales y se dejó claro que no se espera la exigencia de agotar todas las opciones disponibles de cura, sino que es un criterio orientativo de proporcionalidad. De igual modo, esta resolución especifica el requisito de reiteración del consentimiento informado, de forma posterior a la solicitud ante el Comité Científico. Así, establece que la solicitud debe ser persistente en el tiempo²⁷.

Con lo anterior, queda claro que, motivado por órdenes constitucionales, el Ministerio de Salud hoy cuenta con un esquema robusto de requisitos y salvaguardas que permitan que las personas puedan acceder a la práctica de eutanasia sin barreras y garantizando su consentimiento informado, buscando evitar abusos o presiones, así como dilaciones injustificadas. Si bien estas consideraciones se han referido expresamente a la práctica de la eutanasia, están creados para cumplir con los requisitos que también aplican a la práctica de SMA. Por esto, es importante subrayar que el esquema de procesos ya existentes para la eutanasia debería funcionar para poder el SMA. Como se explicará también en la siguiente sección, en el derecho comparado los países que cuentan con la opción de eutanasia y de SMA suelen tener una serie de salvaguardas y requisitos que aplican para ambas prácticas. De igual modo, los países que cuentan con dispositivos de muerte digna por razones de sufrimiento mental tampoco han distinguido los procedimientos o salvaguardas para este fin.

En conclusión, para materializar el derecho a la muerte digna mediante el SMA cuando es el deseo de la persona, no es imprescindible una legislación ni de todo un proceso regulatorio redundante del marco normativo e institucional que ya existe respecto de la eutanasia. La ausencia de un protocolo clínico –

²⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, “Protocolo para la Aplicación del Procedimiento de Eutanasia”, 2015 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

²⁶ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 825 de 2018.

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 813 de 2026.

que debe ser adoptado – no debería ser una excusa para negar el acceso al SMA argumentando la falta de legislación o regulación.

1.3. La jurisprudencia se ha referido ampliamente a la obligación del Estado de garantizar derechos constitucionalmente protegidos como el derecho a morir dignamente

Ahora bien, teniendo en cuenta que el caso de análisis plantea la pregunta sobre cuál es obligación del Estado de garantizar el SMA siendo una práctica despenalizada por esta Corte, es preciso referirse a los roles que deben jugar las diferentes ramas del poder público para garantizar la efectividad de un derecho fundamental como lo es la muerte digna.

En la sentencia C-164 de 2022 esta Corte puntualizó que había que distinguir entre las figuras de despenalización, la regulación y la promoción. Específicamente, precisó que los efectos del control abstracto de constitucionalidad tenían un alcance frente a *la despenalización o descriminalización* de la persecución penal de la práctica de asistencia médica al suicidio, cuando se cumpla con unos requisitos establecidos. De este modo, explicó que la despenalización de la práctica brinda libertad para el diseño de la política pública, y que no necesariamente se derivan “obligaciones prestacionales, sino obligaciones negativas del Estado frente al empleo del *ius puniendi*”.²⁸ En este sentido, la Corte sugiere que el legislador puede adoptar medidas paralelas que busquen, por ejemplo, la prevención del suicidio o a motivar otras facetas del derecho a la muerte digna, como los cuidados paliativos. Además, la Corte aclaró que es al Congreso de la República y al Ejecutivo a quienes les corresponde ordenar cómo debe ser el tratamiento del SMA.

No obstante, como la Corte lo reconoce en el mismo fallo, el SMA se entendió como uno de los mecanismos existentes dentro del derecho a morir dignamente, y a su vez vinculado con otros derechos fundamentales como la dignidad, la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad, entre otros. Si bien a la Corte no le corresponde dictar cómo se debe garantizar la faceta prestacional del SMA o el protocolo clínico específico de la práctica, sí está llamada, en el marco de la acción de tutela, a realizar un análisis sobre los derechos fundamentales afectados en casos concretos que, como el de Catalina, ponen de manifiesto que el SMA no es una mera cuestión de alternativas con diferencias técnicas, sino que la posibilidad de su elección, incide directamente en el ejercicio del derecho protegido constitucionalmente.

Precisamente en múltiples fallos, esta Corte ha emitido repetidos exhortos y órdenes constitucionales dirigidas al Congreso de la República y al Ministerio de Salud en relación con el derecho a la muerte digna. Desde 1997, la Corte Constitucional ha exhortado reiteradamente al Congreso de la República de Colombia a adoptar una legislación integral sobre el derecho a morir dignamente²⁹. Más recientemente, en la Sentencia C-233 de 2021, la Corte volvió a enfatizar la necesidad de una actuación legislativa,

²⁸ Corte Constitucional, sentencia C-164 de 2022.

²⁹ Corte Constitucional, Sentencias T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017, T-721 de 2017 y T-060 de 2020.

exhortando al Congreso a avanzar en “la protección del derecho fundamental a morir dignamente, con el fin de eliminar las barreras que aún existen para el acceso efectivo a este derecho”³⁰. A pesar de que desde 1998 se han presentado ante el Congreso al menos 15 proyectos de ley relacionados con el derecho a morir dignamente, ninguno ha sido aprobado, y actualmente no existe en Colombia una ley estatutaria que regule esta materia³¹. Ante esta situación, la Corte ha reconocido que, mientras los elementos estructurales del derecho a morir dignamente permanezcan sin regulación mediante una ley estatutaria, su protección se encuentra respaldada por los estándares mínimos establecidos por la propia Corte, los cuales tienen fuerza normativa constitucional³². En palabras de la Corte “la ausencia de la ley estatutaria no puede llevar a la ineficacia de los mandatos superiores de la Constitución Política”³³.

En línea con lo anterior, la Corte ha ordenado al Ministerio de Salud y Protección Social expedir reglamentaciones que brinden mayor claridad sobre los lineamientos, procedimientos y protocolos para acceder a la eutanasia. Si bien la Corte no ha entrado a definir requisitos o procedimientos específicos sobre cómo debe realizarse la práctica de eutanasia u otras facetas de muerte digna, sí ha fijado requisitos o pisos mínimos que conducen a la protección de los derechos fundamentales involucrados. Como lo reiteró recientemente la Corte, “(...) la omisión del legislador no puede derivar en la negación de un derecho íntimamente ligado a la dignidad humana. Por esta razón, la jurisprudencia constitucional ha adelantado diversos esfuerzos para eliminar las barreras en el acceso.”³⁴

Por ejemplo, en la sentencia T-970 de 2014 la Corte reiteró el exhorto al Congreso de la República, a proferir una regulación integral del derecho y dictó un exhorto adicional dirigido al Ministerio de Salud y Protección Social, pidiéndole “expedir una resolución que garantizara el acceso a los procedimientos para el acceso a la muerte digna”³⁵. Posteriormente, en la sentencia T-423 de 2017 al analizar un caso en el que se había vulnerado el derecho de una mujer a acceder a la muerte digna, la Corte enfatizó la importancia de que la prestación del servicio de eutanasia se armonizara con los estándares constitucionales y ordenó al Ministerio de Salud “gestionar lo necesario para que todas las EPS y las IPS dispongan de una carta de derechos para los pacientes con el fin de poner en su conocimiento lo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente.”³⁶ Además, brindó órdenes a otras entidades como la Superintendencia Nacional de salud, el hospital y la EPS involucradas. En la misma línea, en la sentencia T-544 de 2017 al estudiar el caso de un menor de edad, se refirió nuevamente a las diferentes barreras que enfrentan las personas que buscan acceder a la eutanasia, subrayando que “la falta de regulación” sobre diferentes temas viola la “eficacia del derecho” a la muerte digna. Así, reiteró los exhortos al Congreso de la República y le pidió al Ministerio de Salud disponer de un procedimiento para expedir un protocolo médico para realizar procedimientos tendientes a garantizar el derecho a

³⁰ Corte Constitucional, Sentencia C-233 de 2021.

³¹ “Se hunde proyecto de ley que buscaba regular la eutanasia por falta de votos”, *Cambio*, marzo de 2024, <https://cambiocolombia.com/pais/se-hunde-proyecto-ley-que-buscaba-regular-eutanasia-por-falta-de-votos>

³² Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021

³³ Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021.

³⁴ Corte Constitucional, sentencia T-438 de 2025

³⁵ Corte Constitucional, sentencia T-970 de 2014.

³⁶ Corte Constitucional, sentencia T-423 de 2017.

morir dignamente de los niños, las niñas y los adolescentes³⁷. En las sentencias T-721 de 2017 y T-060 de 2020 la Corte le ordenó al Ministerio de Salud reglamentar las condiciones de viabilidad del consentimiento sustituto, garantizando que cubriera las disposiciones sobre consentimiento sustituto cuando las personas no tuvieran directivas anticipadas y no pudieran manifestar su voluntad de forma directa³⁸.

En sede de sentencias de control de constitucionalidad, la Corte también ha reiterado que el Ministerio de Salud tiene obligaciones para garantizar el derecho a la muerte digna. En la sentencia C-233 de 2021, la Corte alertó que la eficacia de este derecho depende de la adecuada prestación de los servicios, por lo que la falta de regulación se puede convertir en una barrera para la efectividad del derecho y de ahí viene la importancia de los diferentes y sucesivos exhortos al Congreso de la República y al Ministerio de Salud. Así, aunque las órdenes y estipulaciones de la Corte “no sustituyen la regulación integral que corresponde hacer al Congreso”, estas determinaciones sí permiten determinar violaciones de derechos, barreras existentes y buscar mecanismos para corregirlas³⁹. De igual modo, la Corte enfatizó que el Estado tiene el deber de “avanzar progresivamente” en las diferentes facetas de la muerte digna, y en especial en sus facetas prestacionales⁴⁰.

Con todo, el caso en estudio vuelve a plantear la pregunta sobre el rol del Congreso de la República y el Ministerio de Salud en la regulación de un derecho constitucionalmente protegido como el derecho a morir dignamente. Dentro de este derecho, justamente la faceta relacionada con el SMA se encuentra sin regulación específica por parte del Congreso o del Ministerio, lo que impide que personas como Catalina hayan podido materializar la elección más compatible con su dignidad. Por eso, ante la inacción de los otros poderes del Estado, esta Corte no podría dejar de declarar la violación de derechos fundamentales en el caso, validando la excusa de la falta de legislación o regulación. Por un lado, porque como se explicó anteriormente, lo que se requiere es un lineamiento técnico para la práctica del servicio. Y por otro, porque implicaría dejar librada a la voluntad de otros órganos del Estado, la materialización de los derechos fundamentales. En ese sentido, consideramos que como esta Corte lo ha hecho en otros casos, es importante que en este fallo se declare la violación de derechos fundamentales y se establezcan los mínimos constitucionales y los exhortos que correspondan para que no se repitan casos como el de Catalina.

2. Experiencias comparadas sobre la regulación de suicidio médicamente asistido y la eutanasia con énfasis en las salvaguardas y la regulación de asistencia médica para morir para personas con sufrimiento mental

Al igual que en Colombia, en los países en los que se reconoce el derecho a la muerte digna (independientemente de su denominación en cada jurisdicción), los legisladores, los entes reguladores y los tribunales han tenido que establecer criterios de elegibilidad y condiciones de acceso en casos donde

³⁷ Corte Constitucional, sentencia T-544 de 2017.

³⁸ Corte Constitucional, sentencia T-721 de 2017.

³⁹ Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021.

⁴⁰ Corte Constitucional, sentencia C-233 de 2021.

las personas solicitan la asistencia médica para morir. A continuación, ponemos a disposición de la Corte algunos de los enfoques adoptados en otras jurisdicciones, particularmente aquellas que tienen criterios de elegibilidad que no distinguen entre la eutanasia y el suicidio medicamente asistido⁴¹.

2.1. La regulación de suicidio médicamente asistido y la eutanasia

Varios países han legalizado y regulado la asistencia médica para morir, incluyendo tanto la eutanasia como el suicidio asistido. En muchos casos, si bien la elegibilidad del paciente puede ser más restringida según ciertas condiciones (por ejemplo, que la enfermedad sea terminal), las salvaguardas y los criterios aplicables a la eutanasia, así como los protocolos pertinentes, se han reconocido como suficientemente protectores y completos para quienes desean poner fin a su vida mediante el SMA o la autoadministración de una sustancia letal, en lugar de depender de un médico. A continuación, nos referimos a algunos de los ejemplos más ilustrativos de los países cuyos marcos legales hoy cuentan con esta alternativa.

Canadá

Después de la decisión de la Corte Suprema de Canadá en el caso de *Carter v. Canadá*,⁴² la asistencia médica para morir fue legalizada y la legislación federal fue aprobada por el parlamento federal. La ley establece dos métodos de asistencia médica para morir. El primer método es la administración directa de una sustancia que provoca la muerte por un enfermero/a practicante, como una inyección de un medicamento letal. Este método se conoce a veces como asistencia médica para morir **administrada por un profesional de la salud**. El segundo método es la prescripción de un medicamento que la persona elegible toma por sí misma para provocar su propia muerte. Este método se conoce a veces como “asistencia médica para morir autoadministrada.”⁴³

El paciente puede escoger el método si cumplen con los criterios generales establecidos en la ley para recibir asistencia médica para morir. El paciente tiene que ser elegible para acceder servicios si puede demostrar que: i) Es elegible para acceder a servicios públicos de salud en su provincia; ii) Tiene al menos 18 años y tiene capacidad para tomar decisiones sobre su salud; iii) Tiene una condición médica grave e irremediable; iv) Hizo una solicitud voluntaria para asistencia médica y; v) Brinda su consentimiento informado para recibir asistencia médica para morir. En caso de escoger la asistencia médica autoadministrada, hay salvaguardas adicionales que incluyen: i) la capacidad física para

⁴¹ Actualmente Suiza, Austria, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, España, Canadá, Nueva Zelanda, Australia y algunas jurisdicciones de Estados Unidos permiten la asistencia médica para morir. Adicionalmente, Alemania e Italia cuentan con marcos legales que permiten la práctica, sin que haya regulación específica en la materia.

⁴² *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331 (Supreme Court of Canada, February 6, 2015). [Ddecisions.scc-csc.ca](https://ddecisions.scc-csc.ca)

⁴³ Government of Canada, Health Canada. “Medical Assistance in Dying: Overview.” <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html>

autoadministrarse; ii) la presencia de un médico o profesional habilitado, y iii) un acuerdo escrito con ese profesional para que puedan administrar asistencia en caso de que la administración resulte fallida⁴⁴.

Nueva Zelanda

Al igual que en el modelo canadiense, el método de asistencia para morir no modifica los criterios de elegibilidad ni las salvaguardias aplicables para determinar si un paciente cumple los requisitos. Estas incluyen la obligación de que los profesionales médicos responsables se aseguren de que la persona comprenda su enfermedad terminal, incluido su pronóstico, el carácter irreversible y los efectos esperados de la asistencia para morir, así como las demás opciones disponibles para el final de la vida. También deben hablar con la persona sobre sus deseos a medida que avanza la enfermedad, recordarle que puede cambiar de opinión en cualquier momento antes de que se administre la medicación y animarla a hablar sobre sus deseos con familiares, amigos, consejeros u otras personas de su elección. Además, el profesional debe tomar medidas razonables para garantizar que la decisión sea voluntaria y esté libre de presiones, consultando a los profesionales de salud pertinentes y a familiares autorizados, y debe documentar todas las medidas adoptadas para cumplir estos requisitos⁴⁵.

Una vez que se determina que una persona cumple los requisitos, y antes de la fecha elegida para la administración de la medicación, el profesional médico responsable debe explicarle las distintas opciones disponibles para administrarla. Estas incluyen: la ingesta oral activada por la propia persona, la administración intravenosa activada por la persona, la ingesta mediante un tubo activada por el médico o profesional de enfermería responsable, o la inyección administrada por el médico o profesional de enfermería responsable. Además, el profesional médico responsable debe permanecer disponible para el paciente hasta el momento de su fallecimiento⁴⁶.

Australia

En Australia, tanto la eutanasia como el SMA están permitidos en casi todos los territorios australianos⁴⁷. Las mismas salvaguardas se aplican tanto al suicidio médicamente asistido como a la eutanasia: i) la decisión debe ser voluntaria y estar libre de coerción; ii) la persona debe tener capacidad para tomar la decisión, y iii) la solicitud debe realizarse en varias ocasiones⁴⁸. Si un paciente cumple los criterios para acceder a la asistencia médica para morir, se analiza y evalúa el método de administración,

⁴⁴ Government of Canada, Health Canada. "Medical Assistance in Dying: Overview." <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html>

⁴⁵ New Zealand Government. *End of Life Choice Act 2019*. New Zealand Legislation. Consultado el 13 de agosto de 2026. <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/67/en/latest/#DLM7285963>

⁴⁶ Queensland Health. "The Process." *Queensland Government*, 12 de mayo de 2023. <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/voluntary-assisted-dying/explained/process#request-and-assessment>

⁴⁷ La muerte voluntaria asistida (VAD) es legal en Victoria, Australia Occidental, Tasmania, Australia Meridional, Queensland, Nueva Gales del Sur y el Territorio de la Capital Australiana (ACT).

⁴⁸ Queensland Health. "The Process." *Queensland Government*, 12 de mayo de 2023. <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/voluntary-assisted-dying/explained/process#request-and-assessment>

así como si la medicación será autoadministrada por el propio paciente o administrada por un profesional médico. En algunas jurisdicciones australianas, como Queensland, el procedimiento habitual es la autoadministración de la sustancia letal, salvo que la persona sea considerada elegible para que la administración sea realizada por un profesional sanitario⁴⁹. En Victoria, la mayoría de los pacientes también se auto administran la medicación, salvo que sean elegibles para que la administre un profesional sanitario. La medicación puede tomarse en el momento y lugar que el paciente elija, sin que sea obligatorio que esté presente un profesional médico o un testigo⁵⁰.

2.2. La regulación de la asistencia médica para morir para personas con sufrimiento mental

Algunas jurisdicciones también han comenzado a reconocer la necesidad de facilitar el acceso a la muerte asistida médicamente a personas que enfrentan enfermedades o sufrimiento mental. En esta sección, expondremos los enfoques adoptados en otras jurisdicciones para garantizar el acceso —con las salvaguardas adecuadas y en condiciones dignas— para quienes padecen enfermedades físicas o mentales graves, sin discriminación.

Bélgica

Bélgica permite la eutanasia en casos de enfermedades tanto físicas como mentales. Para poder acceder a ella, la persona debe padecer un trastorno grave e incurable causado por una enfermedad o un accidente, y experimentar un sufrimiento insoportable (físico o mental) que no pueda ser aliviado⁵¹.

El procedimiento para las personas que cumplen los requisitos contempla diversas salvaguardas, incluidas medidas adicionales para aquellos pacientes que padecen afecciones que no conducirán a una muerte inminente (ya sean de índole física o mental). i) El paciente debe presentar una solicitud por escrito y recibir información completa sobre su estado de salud, su esperanza de vida y las posibles opciones terapéuticas o paliativas; ii) El médico debe cerciorarse de que no existe ninguna alternativa razonable, de que la petición es voluntaria y reiterada, y de que el sufrimiento físico o psicológico del paciente persiste y resulta insoportable; iii) Además, un médico independiente debe revisar el caso, examinar al paciente y confirmar que la afección es grave e incurable y que el sufrimiento no puede mitigarse; vi) si no se prevé la muerte a corto plazo, sea por enfermedad física o mental, es necesario consultar además a un segundo especialista o psiquiatra independiente; v) Por último, debe transcurrir al menos un mes entre la presentación de la solicitud por escrito y la práctica de la eutanasia.⁵²

Luego de realizar el procedimiento, el médico tratante debe informar cada caso a la Comisión Regional de Evaluación de la Eutanasia (RTE), compuesta por un juez, un médico y un experto en ética. La RTE

⁴⁹ Queensland Health. “The Process.” *Queensland Government*, 12 de mayo de 2023.
<https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/voluntary-assisted-dying/explained/process#request-and-assessment>

⁵⁰ Victoria Department of Health. “The Voluntary Assisted Dying Process.” *Health.vic.gov.au*. Actualizado el 15 de mayo de 2024.

⁵¹ Belgique. *Loi consolidée du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*. Moniteur belge, 28 de mayo de 2002.

⁵² Belgique. *Loi consolidée du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*. Moniteur belge, 28 de mayo de 2002.

tiene la responsabilidad de evaluar si la eutanasia informada se ha llevado a cabo de acuerdo con las condiciones establecidas. Si la RTE determina que la eutanasia no se llevó a cabo de acuerdo con las condiciones legales de diligencia debida, trasladará el caso y su dictamen a la fiscalía⁵³.

Países Bajos

Los criterios holandeses de elegibilidad para la debida diligencia se aplican a todas las solicitudes de muerte asistida. En los Países Bajos, la eutanasia solo está permitida cuando el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Esto puede deberse tanto a enfermedades somáticas, como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares, como a trastornos psiquiátricos, demencia o múltiples síndromes geriátricos.

Según la Ley de Terminación de la Vida a Petición y Suicidio Asistido, el médico debe comprobar que la solicitud del paciente sea voluntaria y bien meditada, que su sufrimiento sea insoportable y no tenga perspectivas de mejora, informar al paciente sobre su situación y pronóstico, y concluir junto con él que no existe una alternativa razonable. Además, debe consultar a otro médico independiente que examine al paciente y emita una opinión escrita, y actuar con el debido cuidado médico⁵⁴.

El médico que haya practicado una eutanasia debe informar siempre al médico forense municipal y presentar un informe detallado, y enviar la información a un comité regional de revisión de la eutanasia de los Países Bajos. El comité revisa el caso y determina si el médico cumplió con todos los criterios legales de debido cuidado⁵⁵.

Luxemburgo

Para ser elegible, la persona debe ser adulta y tener capacidad legal para decidir, estar consciente al solicitarlo y actuar voluntariamente, sin presiones externas. Además, debe padecer una enfermedad incurable y sin perspectivas de mejora que provoque un sufrimiento físico o mental constante e insoportable. Los problemas de salud del paciente pueden derivarse de cualquier trastorno que provoque un sufrimiento físico o mental insoportable. El procedimiento para solicitar eutanasia para sufrimiento físico y mental es igual⁵⁶.

España

En España, el procedimiento para solicitar la asistencia médica para morir es igual en los casos de enfermedades físicas y mentales. Primero, el paciente puede solicitar el procedimiento de eutanasia. El médico tratante deberá consultarlo con un “médico consultor” para asegurar el cumplimiento con los

⁵³ Belgique. *Loi consolidée du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*. Moniteur belge, 28 de mayo de 2002.

⁵⁴ Países Bajos. *Ley de Terminación de la Vida a Petición y Suicidio Asistido (Procedimientos de Revisión)* [*Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*]. Ley de 12 de abril de 2001, Boletín de Leyes y Decretos 2001, núm. 194.

⁵⁵ Regional Euthanasia Review Committees (RTE), *EuthanasiaCode: Review Procedures in Practice*, versión aplicable desde enero de 2026 (Países Bajos: Regional Euthanasia Review Committees, 2026)

⁵⁶ Gobierno del Gran Ducado de Luxemburgo, “Euthanasia and Assisted Suicide,” *Gnichet.lu*, actualizado el 18 de octubre de 2023, consultado el 13 de agosto de 2026.

requisitos⁵⁷. Una vez que esté aprobado que el paciente cumple con los requisitos, un representante médico y jurídico de la “Comisión de Garantía y Evaluación” deben realizar una revisión y un control previo del caso⁵⁸. En caso de que el médico consultor niegue la autorización del procedimiento, el paciente puede recurrir directamente a la Comisión⁵⁹.

Estos ejemplos demuestran que unas salvaguardas y unos criterios bien establecidos son, por lo general, suficientes para incluir a las personas que sufren tanto enfermedades mentales como físicas y que buscan asistencia médica para poner fin a sus vidas. Independientemente de los medios o de la motivación, los criterios que exigen una decisión voluntaria, consentimiento informado, evaluación médica, y que el sufrimiento sea incurable e intolerable, son salvaguardas idóneas para que las personas que padecen enfermedades mentales o físicas puedan acceder a estos servicios de forma segura y sin discriminación. En la siguiente sección se profundiza en algunos elementos importantes para el cumplimiento de estas salvaguardas en casos de sufrimiento mental.

3. Consideraciones sobre el sufrimiento mental y el acceso a la muerte digna

3.1. El sufrimiento mental puede ser incompatible con el concepto de dignidad de cada persona

El concepto de dignidad humana es un pilar fundamental del derecho internacional de los derechos humanos y sustenta numerosas políticas y prácticas, tanto en el ámbito de la medicina como fuera de él. Reconocida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en tratados internacionales y regionales posteriores, la dignidad repercute en todos los aspectos de la vida humana⁶⁰. Si bien los tribunales y legisladores en varias partes del mundo hacen referencia frecuente a la dignidad, esta se ha entendido a menudo en un sentido amplio que abarca tanto componentes objetivos como subjetivos. Entre los elementos objetivos de la dignidad en los sistemas de derechos humanos y la jurisprudencia figuran el derecho a la protección de la integridad física y la garantía de la igualdad frente a los demás seres humanos⁶¹. Sin embargo, la dignidad también posee un componente altamente subjetivo, vinculado a la elección autónoma del propio proyecto vital, así como a la centralidad de la elección individual y a la concepción subjetiva que cada persona tiene de lo que resulta digno para ella.

La dignidad y el sufrimiento suelen entenderse como conceptos interrelacionados, reconociéndose ampliamente que el sufrimiento intolerable atenta contra la dignidad. La existencia de un sufrimiento incompatible con la dignidad, no se limita a las molestias físicas ni al dolor, sino que abarca también el sufrimiento mental y psicológico. Un ejemplo de ello, donde el sufrimiento mental y la dignidad

⁵⁷ Congreso de los Diputados de España, “Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia” (2021). Art 8.3.

⁵⁸ Congreso de los Diputados de España, “Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia” (2021). Art 8.4.

⁵⁹ Congreso de los Diputados de España, “Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia” (2021). Art 7.

⁶⁰ Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (Naciones Unidas, 1948), consultado el 13 de agosto de 2026.

⁶¹ Kate Karklina, “More Than a Placeholder: The Two Dimensions of the Shared Concept of Human Dignity Across the Three Regional Human Rights Systems,” *Nordic Journal of Human Rights* 44, no. 2 (2026): 195–211, <https://doi.org/10.1080/18918131.2026.2661155>.

aparecen como conceptos intrínsecamente vinculados, es la norma imperativa de derechos internacional que prohíbe la tortura. La Convención contra la Tortura define explícitamente la tortura como “todo acto por el cual se inflige intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales”.⁶² Lo mismo sucede con la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.⁶³

El sufrimiento, al igual que la dignidad, posee un componente intrínsecamente subjetivo. Esto es especialmente relevante en el contexto de la asistencia médica para morir, donde, por lo general, se exige que el sufrimiento sea “intolerable”. No existe una definición universalmente aceptada de sufrimiento intolerable, ya que su comprensión requiere conocer los valores y las circunstancias de la persona. No obstante, puede entenderse como “la angustia provocada por una amenaza inminente — real o percibida— a la integridad o a la continuidad de la existencia de la persona en su totalidad.”⁶⁴ Lo que significa ser una persona plena es algo profundamente individual y está vinculado a la concepción personal de los proyectos de vida, los valores y las prioridades. Ciertos tipos de sufrimiento pueden resultar intolerables para una persona, pero no necesariamente alcanzan el mismo grado para otra, lo que subraya la importancia crucial de la elección individual. Además, las circunstancias personales, familiares o de otra índole, claramente subjetivas, pueden incidir en la ponderación de cada persona sobre la forma a través de la cual decide transitar su sufrimiento, dentro de la amplia gama de opciones que conforman en derecho a la muerte digna.

Esta misma Corte Constitucional ha reconocido que “la dignidad humana protege al sujeto que se encuentra en circunstancias de salud que le producen intensos sufrimientos de la degradación física o moral, o de una exposición prolongada e indefinida a una condición de salud que considera cruel, dada la intensidad del dolor y el sufrimiento⁶⁵”.

El sufrimiento físico es ampliamente reconocido y comprendido, al igual que la realidad de que la medicina no siempre logra aliviarlo hasta el punto de que la persona se sienta subjetivamente satisfecha con su calidad de vida. Como lo ha señalado un psiquiatra canadiense, el cuestionamiento y el escrutinio del sufrimiento subjetivo que experimentan los pacientes con enfermedades mentales suelen ser consecuencia del estigma y de restar importancia al sufrimiento que describen muchas de estas personas⁶⁶. No se debe desestimar ni minimizar el dolor y el sufrimiento que experimentan las personas con enfermedades mentales incurables, ni tampoco incluirlas de manera discriminatoria de las opciones para poner fin a sus vidas dignamente, basándose únicamente en que su sufrimiento es menos comprendido desde el punto de vista clínico o menos reconocido desde la medicina tradicional.

⁶² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* (Naciones Unidas, 1984), consultado el 13 de agosto de 2026.

⁶³ Organización de los Estados Americanos, *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura*, art. 2

⁶⁴ Cassell, Eric J. “The Nature of Suffering and the Goals of Medicine.” *New England Journal of Medicine* 306, no. 11 (1982): 639–645.

⁶⁵ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-233 de 2021.

⁶⁶ Dembo, Justine. “People Suffering Solely from Mental Illness Should Have Access to MAiD.” *U of T Magazine*, April 23, 2025. <https://magazine.utoronto.ca/opinion/mental-illness-medically-assisted-dying/>

Teniendo en cuenta lo anterior, algunos países han determinado criterios para realizar un análisis integral del sufrimiento, sin deslegitimar el componente subjetivo del mismo. Por ejemplo, en el informe de un comité expertos del gobierno de Canadá se ha recomendado que para acceder a la asistencia médica es necesario verificar que: i) La interpretación que hace una persona sobre la persistencia y permanencia de su sufrimiento “debe reflejar una valoración realista de su situación”; y ii) El sufrimiento de la persona no pueda ser aliviado bajo condiciones que éste considere aceptables⁶⁷. De este modo, deben considerarse las discusiones sobre los tratamientos involuntarios o las terapias invasivas. En el caso Colombia, justamente estas determinaciones harían parte del análisis del cumplimiento de requisitos para el acceso a la eutanasia (o el SMA) y le corresponderían a los Comités científicos y médicos tratantes.

3.2. La salud mental como parte de la salud en el DIDH

El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental está bien documentado y establecido, y abarca no solo la salud física, sino también la salud mental como componentes igualmente fundamentales del derecho a la salud. La Constitución de la OMS de 1946 reconoce que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. La Constitución de la OMS fue también el primer instrumento internacional en definir la salud, describiéndola como el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁶⁸. De manera similar, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, en su artículo 12, reconoce explícitamente “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”⁶⁹. La Observación general núm. 14 también reconoce la salud mental como parte integral del derecho al más alto nivel posible de salud, y destaca la importancia de garantizar una atención adecuada en materia de salud mental. Asimismo, exige que las personas con discapacidad reciban servicios de salud física y mental sin discriminación, y apoya la creación de instituciones que proporcionen asesoramiento y servicios de salud mental⁷⁰.

La salud mental goza del mismo reconocimiento que la salud física tanto en el derecho internacional de los derechos humanos como en el derecho interno⁷¹. A partir de esta caracterización, puede inferirse que existen determinadas enfermedades mentales que pueden hacer imposible que las personas alcancen un estado de salud compatible con su propia concepción de la dignidad. En tales circunstancias, el derecho a la salud debería interpretarse como comprensivo del derecho a acceder a

⁶⁷ Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022, <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/expert-panel-maid-mental-illness/final-report-expert-panel-maid-mental-illness.html#appb>

⁶⁸ Organización Mundial de la Salud, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1948).

⁶⁹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “PIDESC”), art. 12, Res. A.G. 2200A (XXI), Doc. de la ONU A/6316 (1966).

⁷⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, *Observación general núm. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

⁷¹ Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

medios destinados a aliviar, incluso de manera definitiva, el sufrimiento mental grave derivado de dichas condiciones de salud.

Asimismo, la dimensión de autonomía del derecho a la salud resulta fundamental en este contexto y se encuentra intrínsecamente relacionada con la prestacional⁷². La autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la eutanasia y el SMA puede contribuir no solo a garantizar el derecho a la autonomía en la toma de decisiones, sino también el derecho a la salud en un sentido más amplio. Pero para asegurar dicha autonomía, el servicio debe estar disponible y ser accesible, por lo que la dimensión prestacional también es central en el tema de estudio. Existe una relación directa entre la posibilidad de acceder a ciertas formas de muerte digna y los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, particularmente la disponibilidad y accesibilidad. La existencia de protocolos, medicamentos, y entrenamiento adecuado para asegurar el acceso a los servicios y procedimientos que materializan el derecho a la muerte digna (p. ej., una sustancia letal necesaria para el suicidio asistido) pueden ser el medio idóneo, cuando así lo decida la persona, para aliviar el sufrimiento físico o mental que una enfermedad grave le pueda generar.

En ese sentido, la posibilidad de acceder a ciertas formas de muerte digna, incluyendo el SMA, es fundamental para la observancia de los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud. Como notó esta misma Corte, la muerte digna es “es un puente humanitario entre la vida y la muerte construido mediante servicios o prestación de salud, o, de ser el caso, mediante su omisión (en sus dimensiones de cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico o prestaciones específicas para morir) (...)”⁷³.

3.3. Cronicidad e incurabilidad en el contexto de salud mental

Una de las cuestiones que usualmente surge al debatir sobre muerte digna y sufrimiento mental, es el relativo a la cronicidad e incurabilidad. Al respecto, es importante precisar que las enfermedades de salud mental y el sufrimiento que provocan pueden ser crónicos, y el grado de éxito de los tratamientos varía considerablemente según el paciente y la enfermedad. Por ejemplo, desde el punto de vista clínico, la esquizofrenia se considera generalmente una enfermedad crónica e incurable que requiere un manejo constante durante toda la vida,⁷⁴ y aproximadamente uno de cada tres pacientes con esquizofrenia presenta resistencia al tratamiento⁷⁵. El trastorno bipolar también se considera incurable, al igual que muchas otras enfermedades crónicas de salud mental que acompañan a las personas a lo largo de su

⁷² Silvia Serrano-Guzman, Oscar Cabrera, “The right to a dignified death: an interpretive proposal “(*El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa*). In: Liliana Ronconi (dir.), *Human rights from the global south: Current discussions (Los derechos humanos desde el sur global: Discusiones actuales)*, DER Ediciones-CEDIDH, Santiago de Chile (2024).

⁷³ Corte Constitucional, sentencia, C-233 de 2021.

⁷⁴ Cleveland Clinic, “Schizophrenia: What It Is, Symptoms & Treatment,” *Cleveland Clinic*, última actualización 10 de julio de 2026

⁷⁵ Steven G. Potkin et al., “The Neurobiology of Treatment-Resistant Schizophrenia: Paths to Antipsychotic Resistance and a Roadmap for Future Research,” *Schizophrenia* 6, no. 1 (2020): 1, <https://doi.org/10.1038/s41537-019-0090-z>.

vida, con distintos niveles de intensidad y requerimientos de diferentes niveles de apoyos⁷⁶. La percepción de que todas las enfermedades de salud mental son pasajeras, curables o incluso tratables no está respaldada, en general, por la evidencia científica disponible. Al contrario, esta percepción suele estar motivada por el desconocimiento, tabú y estigma en torno a la salud mental.⁷⁷

La irreversibilidad y la incurabilidad de una enfermedad son aspectos fundamentales en el debate sobre el suicidio médicamente asistido y eutanasia, debido a su carácter definitivo. Aunque se suele considerar que estos criterios son más fáciles de determinar en enfermedades físicas que en enfermedades mentales, la realidad es más compleja. Al igual que ocurre con muchas enfermedades físicas, a menudo puede ser difícil predecir cómo evolucionará la condición de una persona, cómo responderá a los tratamientos disponibles o cómo las opciones de tratamiento pueden evolucionar y mejorar con el paso del tiempo. Este problema específico fue abordado por un grupo de expertos en Canadá, quienes señalaron que:

“La evolución del trastorno mental de una persona no puede predecirse como puede hacerse con ciertos tipos de cáncer. Sin embargo, evaluar la respuesta de un trastorno mental al tratamiento basándose en los intentos de tratamiento anteriores puede hacerse, al igual que ocurre con otros tipos de enfermedades crónicas, como las condiciones de dolor crónico. Esto es exactamente lo que hacen los psiquiatras cuando, por ejemplo, se les solicita que completen formularios de elegibilidad para una incapacidad a largo plazo, que requieren que el estado de la persona persista a lo largo del tiempo. El sistema de seguros está solicitando una declaración sobre el futuro, pero entiende que esta se realiza únicamente sobre la base del conocimiento del pasado.”⁷⁸

Recurrir constantemente a los profesionales médicos para que utilicen su experiencia clínica para determinar si una enfermedad es curable o no, es común en la práctica médica y se aplica tanto a casos relacionados con la salud física como a aquellos relacionados con la salud mental. Por lo tanto, los protocolos que establecen condiciones de acceso sustancialmente diferentes para el sufrimiento mental respecto del sufrimiento físico, pueden crear condiciones de acceso discriminatorias o desiguales, basadas en suposiciones o percepciones que no reflejan las funciones ni las capacidades de los profesionales médicos o, cuando corresponda, de los evaluadores especializados de la asistencia médica para morir.

⁷⁶ S. M. Monroe and K. L. Harkness, “Is Depression a Chronic Mental Illness?” *Psychological Medicine* 42, no. 5 (2012): 899–902, <https://doi.org/10.1017/S0033291711002066>.

NHS, “Bipolar Disorder,” *NHS*, última revisión 28 de octubre de 2024, consultado el 13 de agosto de 2026.

⁷⁷ World Health Organization Regional Office for Europe. “The Overwhelming Case for Ending Stigma and Discrimination in Mental Health.” June 26, 2024.

⁷⁸ Health Canada, *Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness* (Government of Canada, 2022), consultado el 13 de agosto de 2026.

4. El consentimiento libre, consciente e informado, las condiciones salud mental y sus implicaciones bajo la CDPD

La muerte digna y su relación con la discapacidad ha sido analizada desde la literatura de la bioética y el DIDH. Las preocupaciones sobre la discapacidad y el acceso a la asistencia médica para la muerte se fundamentan principalmente en tres argumentos. Primero, debido al capacitismo y perjuicios sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad, se ha demostrado que las actitudes hacia la asistencia a la muerte cuando se trata de una persona con discapacidad suelen ser “más aceptadas” e incluso “fomentadas” en algunos contextos⁷⁹. Algunas personas con discapacidad han reportado sugerencias por parte del equipo médico y presión por parte de su familia y la sociedad⁸⁰. Segundo, la ausencia de apoyos y ajustes razonables para la toma de decisiones sobre la salud en general, y en específico sobre la muerte digna, pueden llevar a que terceros sean los que soliciten la eutanasia o hagan una interferencia indebida y se viole el consentimiento libre de la persona con discapacidad. Y tercero, algunos autores han señalado que la falta de apoyos para la vida en la comunidad, la falta de acceso a servicios de seguridad social y la pobreza estructural que afecta a las personas con discapacidad pueden llevarlas a pedir la asistencia a la muerte⁸¹. Así, el sufrimiento generado por la falta de acceso a sistemas de apoyo y/o la práctica de la institucionalización no consentida pueden motivar la decisión de la muerte digna⁸².

Estas preocupaciones también han sido planteadas en el contexto del DIDH. En el marco de sus observaciones finales sobre Canadá en 2017, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se mostró preocupado por la “falta de normativas para vigilar los casos de muerte asistida, la inexistencia de datos para evaluar el cumplimiento de las salvaguardias de procedimiento para esa asistencia y el insuficiente apoyo para facilitar la participación de la sociedad civil en la supervisión de esa práctica”⁸³. Por esto, recomendó que Canadá: i) asegure el sistema de apoyos en la toma de estas decisiones, ii) recopile y comunique información detallada sobre todas las solicitudes e intervenciones relacionadas con la muerte médicamente asistida, y iii) establezca un mecanismo eficaz e independiente para garantizar que no se someta a ninguna persona con discapacidad a presión externa⁸⁴. En 2019, el Comité tomó una posición más explícita en el marco de sus observaciones finales

⁷⁹ Lund EM, Nadorff MR, Winer ES, & Seader K (2016). ‘Is suicide an option?: The impact of disability on suicide acceptability in the context of depression, suicidality, and demographic factors’. *Journal of Affective Disorders*, 189, 25-35.

⁸⁰ Chronically ill man releases audio of hospital staff offering assisted death. CTV News (2018, 02 August). <https://www.ctvnews.ca/health/chronically-ill-man-releases-audio-of-hospitalstaff-offering-assisted-death-1.4038841>; Mother says doctor brought up assisted suicide option as sick daughter was within earshot. CBC News (2017, 24 July). <https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/doctor-suggested-assisted-suicide-daughter-mother-1.4218669>. Citado en Tim Stainton, “Disability and Assisted Suicide: Elucidating Some Key Concerns”, The Anscombe Bioethics Centre 2022, <https://ciic.ok.ubc.ca/wp-content/uploads/sites/212/2025/06/disability-and-assisted-suicide-elucidating-some-key-concerns-prof-tim-stainton-1.pdf>

⁸¹ Tim Stainton, “Disability and Assisted Suicide: Elucidating Some Key Concerns”, The Anscombe Bioethics Centre 2022, p. 7-8.

⁸² Tim Stainton, “Disability and Assisted Suicide: Elucidating Some Key Concerns”, The Anscombe Bioethics Centre 2022, p. 8.

⁸³ CRPD, observaciones finales sobre el informe inicial del Canadá, 2017, CRPD/C/CAN/CO/1, párr. 23.

⁸⁴ CRPD, observaciones finales sobre el informe inicial del Canadá, 2017, CRPD/C/CAN/CO/1, párr. 24.

sobre España, recomendándole velar “(...)por que no existan disposiciones que permitan la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación”⁸⁵. Finalmente, en el caso de Nueva Zelanda, el Comité expresó preocupación por las “percepciones negativas y la desvalorización de las personas con discapacidad” que se manifestaron en la discusión y aprobación de la Ley sobre la Decisión de Poner Fin a la Vida de 2019. Así, el Comité le recomendó al Estado monitorear el impacto que tenga la ley sobre las personas con discapacidad, “incluida la eficacia de las salvaguardias destinadas a contrarrestar las percepciones negativas de los profesionales médicos y a evitar toda coacción en la toma de decisiones”⁸⁶.

En materia de consentimiento, el Comité ha resaltado la importancia de que los países que permiten formas de asistencia a la muerte garanticen la toma de decisiones libres de las personas con discapacidad. En sus observaciones a Georgia, el Comité manifestó preocupación por la toma de decisiones sustitutas en el ámbito de la salud, incluyendo aquellas decisiones al final de la vida que pueden quedar a manos de cuidadores o terceras personas⁸⁷. De forma similar, en sus observaciones finales a los Países Bajos en el 2024, el Comité le pidió al Estado asegurarse de que las personas con discapacidad intelectual o psicosocial “puedan expresar libremente su consentimiento informado en el marco de la nueva ley de eutanasia, entre otras cosas, estableciendo mecanismos para que reciban información completa, imparcial y adaptada a su discapacidad, y protegiéndolas de influencias y presiones indebidas”⁸⁸.

La línea con lo anterior, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad Catalina Devandas, ha subrayado que el capacitismo puede incidir en distintas prácticas médicas, incluida la asistencia médica para morir⁸⁹. En esta línea, la Relatora recomendó a los Estados contar con “medidas sólidas” que protejan a las personas con discapacidad en las decisiones sobre el fin de la vida. Esto incluye asegurar que la discapacidad no sea la razón única para acceder, garantizar el consentimiento libre y sin presiones o influencia indebida, garantizar el acceso a la información sobre cuidados paliativos y servicios en la comunidad y contar con medidas de rendición de cuentas relativa a la muerte asistida en personas con discapacidad⁹⁰.

Ahora bien, estas preocupaciones se pueden resolver encuadrándose en la CDPD. En materia de capacidad legal, por ejemplo, el artículo 12 de la CDPD establece que los Estados deben reconocer la

⁸⁵ CRPD, observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, 2019, CRPD/C/ESP/CO/2-3, párr. 7.

⁸⁶ CDPD, observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Nueva Zelanda, CRPD/C/NZL/CO/2-3, 2022, párr. 17 y 18.

⁸⁷ CRPD, observaciones finales sobre el informe inicial de Georgia, CRPD/C/GEO/CO/1, 2023, párr. 21, b.

⁸⁸ CRPD, observaciones finales sobre el informe inicial del Reino de los Países Bajos, 2024, CRPD/C/NLD/CO/1, párr. 26. B.

⁸⁹ Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, A/HRC/43/41, 2019, párr. 37.

⁹⁰ Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, A/HRC/43/41, 2019, párr. 70.

personalidad jurídica de las personas con discapacidad y a la igualdad de condiciones de su capacidad jurídica en todos los aspectos de su vida. En virtud del artículo 12 los Estados deben reemplazar los regímenes de interdicción y curatela por modelos que promuevan sistemas y arreglos integrales de apoyos. Los apoyos para las personas con discapacidad también están relacionados con el derecho a un nivel de vida adecuado, el derecho a protección social, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, la dignidad, la autonomía individual, la participación e inclusión y la igualdad y no discriminación⁹¹. Por su parte, los ajustes razonables son complementarios al derecho a recibir apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica⁹². El Comité también ha precisado que los apoyos que requieran las personas con discapacidad pueden ser de diferente tipo, naturaleza y de diferente intensidad. Además, los apoyos siempre deben estar basados en la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad y “no en lo que se suponga que es su interés superior objetivo” o en su “interés superior”⁹³. Además de lo anterior, la CDPD también contempla en su artículo 12 el concepto de salvaguardas como parte del modelo de toma de decisiones con apoyos. Las salvaguardas hacen referencia a las medidas “adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos”⁹⁴. También se establece que las salvaguardas deben garantizar que se respete la voluntad y las preferencias de la persona con discapacidad, sin conflictos de intereses⁹⁵.

4.1. Las decisiones sobre muerte digna en personas con discapacidad en el marco legal colombiano

Teniendo en cuenta los estándares internacionales en materia de discapacidad y, el marco legal colombiano ya hizo una transformación sobre el régimen de capacidad legal, buscando la armonización con los mandatos de la CDPD. La Ley 1996 de 2019 consagra el modelo de toma de decisiones con apoyos, reconociendo el derecho a la capacidad legal de las personas con discapacidad y garantizando diferentes mecanismos para que éstas puedan expresar su voluntad y preferencias y tomar decisiones sobre diferentes ámbitos de sus vidas. Esto incluye el ámbito de la toma de decisiones en salud donde las personas con discapacidad pueden realizar acuerdos de apoyo o directivas anticipadas para manifestar sus deseos en materia de salud⁹⁶.

En particular, la Corte se ha referido a la toma de decisiones sobre muerte digna en personas con discapacidad. Por un lado, en diferentes sentencias la Corte ha estudiado casos en los que las personas

⁹¹ Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, “El acceso de las personas con discapacidad a apoyo”, A/HRC/34/58, 20 de diciembre de 2016, párr. 31 y 32.

⁹² Comité CDPD, observación general No 1 Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014, párr. 34.

⁹³ Comité CDPD, observación general No 1 Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014, párrs. 17, 18, 21, 29, b) 29, i).

⁹⁴ Comité CDPD, observación general No 1 Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014, párrs. 20, 21 y 22.

⁹⁵ Comité CDPD, observación general No 1 Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014, párrs. 20, 21, 22.

⁹⁶ Ley 1996 de 2019, "Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad"

no podían expresar su consentimiento informado y avaló la figura de consentimiento sustituto, considerándolo una opción válida para quienes no puedan expresar su voluntad presente y no tengan establecida una directiva anticipada⁹⁷. Así, la Corte ha establecido que este tipo de consentimiento: i) Sólo es válido cuando se otorga en condiciones que permiten inferir razonablemente que refleja la decisión del paciente; ii) Debe representar genuinamente las preferencias que la persona habría expresado de haber estado consciente, y iii) Debe llevarse a cabo un proceso de verificación más estricto para garantizar el cumplimiento de los demás requisitos⁹⁸.

Más recientemente en la sentencia T-438 de 2025, la Corte se refirió al caso de personas con discapacidad cuando no pudiesen expresar su consentimiento en el momento, pero hayan expresado sus deseos y preferencias sobre la muerte digna, ya sea de forma formal o informal. En este caso, la Corte se refirió a los “apoyos para interpretar la voluntad” como un mecanismo alineado con la CDPD que permitiría aplicar de forma excepcional, el *estándar de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias* de las personas con discapacidad frente a la muerte digna. En este sentido, la Corte fijó unas subreglas específicas en la materia y estableció que el Ministerio de Salud debe regular lo relacionado con los apoyos interpretativos de la voluntad de una persona con discapacidad en materia de muerte digna y promover espacios de capacitación sobre el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y la aplicación del criterio de la mejor interpretación sobre la voluntad de la persona en el marco de la muerte digna⁹⁹.

Por otro lado, en la sentencia T-048 de 2023 la Corte Constitucional estudió el caso de un hombre mayor con discapacidad que, aunque manifestó su voluntad de poner fin a su vida y cumplía con los requisitos legales, le fue negado su acceso por contar con una medida de interdicción vigente que no había sido revisada⁹. La Corte Constitucional determinó que negar el acceso a la muerte digna a una persona con discapacidad por una interdicción vigente vulneraba su autonomía y dignidad. Señaló que el consentimiento debe ser libre, informado e inequívoco, evaluado según las circunstancias particulares, y que la discapacidad, por sí sola, no justifica negar este derecho. También destacó la importancia de verificar la voluntad de la persona mediante salvaguardas adecuadas.¹⁰⁰

Respondiendo a lo anterior, recientemente el Ministerio de Salud expidió la Resolución 813 de 2026 en la que realizó algunas clarificaciones sobre el consentimiento informado e incorporó el concepto de “apoyos interpretativos de la voluntad”. La Resolución dispone que esta figura excepcional sólo podrá proceder cuando haya alguna voluntad previa por parte de la persona (así sea de forma informal) que sea posible de conocer. Así, en los casos en los que “o exista manifestación actual de la voluntad ni expresión previa verificable, ni sea posible, aun con apoyos y ajustes razonables, identificar de manera fundada e inequívoca el sentido de la decisión de la persona, el ejercicio del derecho a morir con dignidad no podrá realizarse a través de la eutanasia, y únicamente estarán disponibles como opciones

⁹⁷ Corte Constitucional, sentencias T-970 de 2014, T-048 de 2023, T-057 de 2025 y T-438 de 2025, C-233 de 2021

⁹⁸ Corte Constitucional, sentencia T-048 de 2023 y T-057 de 2025.

⁹⁹ Corte Constitucional, sentencia T-438 de 2025.

¹⁰⁰ Corte Constitucional, sentencia T-048 de 2023.

el Cuidado Paliativo y la Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos”¹⁰¹. El Ministerio establece, entre otras, que para estos casos excepcionales los Comités científicos deben “adelantar una verificación reforzada, cuidadosa y contextual, orientada a evaluar si el ejercicio del apoyo interpretativo busca honrar las preferencias e intenciones previamente manifestadas por la persona, y que no esté indebidamente influenciado por conflictos de interés, presiones externas, cargas emocionales o por el sufrimiento propio de la red de apoyo”¹⁰². Para esto, los Comités deberán hacer un análisis individualizado que podrá requerir diferentes sesiones para abordar a personas y analizar los deseos y voluntades previas que hayan expresado las personas¹⁰³.

4.2. Las personas con condiciones de salud mental y el consentimiento para la muerte digna

Como se mostró en el anterior apartado, tanto la Corte como el Ministerio de Salud tienen avances contundentes en el análisis de la discapacidad y la toma de decisiones al final de la vida que han permitido su alineación con los estándares del CDPD. El caso de Catalina propone algunas preguntas sobre las personas con condiciones de salud mental y el consentimiento informado para procedimientos del final de la vida.

Primero, es importante puntualizar que si bien las personas con condiciones de salud mental pueden considerarse personas con discapacidad cuando enfrentan barreras que les impidan la integración en la comunidad y cuando se auto identifiquen de tal forma, no es posible asumir que todas las personas con malestar psicoemocional o diagnósticos de salud mental que impliquen un sufrimiento necesariamente son personas con discapacidad psicosocial. Por esto, nos referimos a las personas con discapacidad psicosocial y personas con condiciones de salud mental, entendiendo que ambas pueden enfrentar situaciones que puedan problematizar su consentimiento informado.

Una de las preocupaciones que se ha planteado respecto del consentimiento para la decisión de acceder a una muerte digna cuando existe una situación de salud mental - independientemente de si se trata de una persona con discapacidad - es la relativa a cómo distinguir entre la ideación suicida como síntoma del trastorno, de una voluntad sólida de acceder a la eutanasia o el SMA¹⁰⁴. Por ejemplo, como este despacho lo plantea, el curso de una crisis con ideación de muerte o suicida puede afectar la decisión de acceder a la asistencia médica para morir. Es por esto, que los diferentes países han pensado en mecanismos y salvaguardas para abordar este tipo de casos.

El “Panel de Expertos sobre asistencia médica a la muerte y enfermedad mental” (Panel de expertos) conformado por el Gobierno Canadiense que analizó los problemas técnicos y éticos del acceso a la

¹⁰¹ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 813 de 2026, art 13 párrafo 1.

¹⁰² Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 813 de 2026, art 49.

¹⁰³ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 813 de 2026, art 51.

¹⁰⁴ Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022, <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/expert-panel-maid-mental-illness/final-report-expert-panel-maid-mental-illness.html#apppb>

asistencia médica a la muerte en casos de sufrimiento mental¹⁰⁵ propuso tres tipos de acciones para garantizar que personas con sufrimiento mental o con “situaciones clínicas de salud mental de alto riesgo” puedan tomar decisiones libres e informadas sobre la asistencia a la muerte. Primero, proponen considerar la capacidad de la persona para otorgar un consentimiento informado específico respecto de dichas decisiones¹⁰⁶. Para esto, pueden ser útiles herramientas como entrevistas clínicas con equipos psicosociales, cuestionarios, reiteración de la voluntad, entre otras medidas. Por ejemplo, en Ontario, la capacidad está definida en la *Healthcare Consent Act* como la capacidad de “comprender la información pertinente para tomar una decisión...” y de “apreciar las consecuencias razonablemente previsibles de una decisión o de la ausencia de una decisión”. Así, los profesionales de la salud evalúan la capacidad mediante una entrevista clínica, en la que formulan preguntas a los pacientes para determinar si pueden comprender y apreciar la información pertinente¹⁰⁷. En concreto, el panel de expertos de Canadá propuso herramientas como el “*MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*” que se ha utilizado como herramienta de apoyo para la evaluación de la capacidad en otras decisiones médicas de carácter grave¹⁰⁸. No obstante, se reconoce que este instrumento no incorpora factores que pueden ser cruciales en casos de sufrimiento mental, como el estado de ánimo, entre otras. De igual modo, las recomendaciones del Panel sugieren tener en cuenta el modelo de toma de decisiones con apoyos que entiende que las personas con discapacidad pueden requerir diferentes tipos de apoyos y ajustes para tomar decisiones y eso no les hace “incapaces” de tomar este tipo de decisiones.

Segundo, el panel de expertos propone “considerar si deben activarse medidas de prevención del suicidio”. Sobre este punto, debe enfatizarse como ya esta Corte lo reconoció, que la prevención del suicidio puede ser compatible con la posibilidad de acceder a la asistencia para morir, ya que las medidas de política pública de prevención pueden beneficiar incluso a las personas que terminen optando por un SMA o una eutanasia. El panel de expertos recomienda descartar personas en situaciones agudas de malestar o con ideación suicida, y establece que “Los profesionales encargados de la evaluación deben asegurarse de que el deseo de morir de la persona solicitante sea coherente con sus valores y creencias, sea inequívoco y haya sido considerado de manera racional durante un período de

¹⁰⁵ El 17 de marzo de 2021, entró en vigor la Ley C-7 de Canadá, que modificó la legislación de 2016 sobre asistencia médica para morir, ampliando su acceso a personas con una condición médica grave e irreversible cuya muerte natural no fuera razonablemente previsible y estableciendo nuevas salvaguardias. La ley excluyó temporalmente, hasta el 17 de marzo de 2023, a las personas cuya única condición médica subyacente fuera una enfermedad mental. Asimismo, ordenó realizar una revisión independiente sobre los protocolos, directrices y salvaguardias aplicables a estas solicitudes. Para ello, en agosto de 2021 se creó un “Panel de Expertos sobre asistencia médica para morir (AMM) y enfermedad mental”, encargado de estudiar la cuestión y formular recomendaciones, aunque su mandato no incluía determinar si las personas con enfermedad mental como única condición médica debían ser elegibles para la AMM.

¹⁰⁶ Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022.

¹⁰⁷ Government of Ontario 1996, 2017, c. 25, Sched. 5, s. 56. Ver: <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/expert-panel-maid-mental-illness/final-report-expert-panel-maid-mental-illness.html#a22>

¹⁰⁸ Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022.

estabilidad, y no durante un período de crisis.”¹⁰⁹ La determinación de la ideación suicida debe realizarse en el análisis que realicen los profesionales de la persona, y no puede presumirse simplemente porque la persona tiene un determinado diagnóstico que puede incluir dicho síntoma¹¹⁰.

Tercero, el panel de expertos propone considerar qué otros tipos de intervenciones podrían ser beneficiosos para la persona, incluida la posibilidad de no intervenir¹¹¹. Dichas intervenciones no necesariamente deben limitarse a tratamientos clínicos, y deben observarse diferentes medidas para aliviar el sufrimiento como “servicios de orientación psicológica, servicios de salud mental y de apoyo a las personas con discapacidad, servicios comunitarios y cuidados paliativos”¹¹².

En línea con lo anterior, es importante reiterar que en Colombia ya se cuenta con procedimientos y medidas apropiadas para garantizar que se haga un análisis completo sobre la capacidad de una persona, incluso de aquellas con una discapacidad psicosocial o que experimentan sufrimiento mental, para tomar una decisión sobre muerte digna. Por un lado, la regulación actual, al igual que la jurisprudencia ha aclarado que se debe presumir que las personas con discapacidad psicosocial o con condiciones de salud mental pueden consentir procedimientos de muerte digna, siempre que cumplan con los parámetros de consentimiento que ya han sido delineados por la jurisprudencia constitucional y la regulación existente en el Ministerio de Salud.

Igualmente, como se ha explorado a lo largo de este escrito, las diferentes regulaciones del Ministerio de Salud han detallado el rol de los Comités Científicos interdisciplinarios para este fin. Este rol también fue detallado en la más reciente Resolución 813 d 2026 que especifica que los Comités deben analizar y determinar, entre otros criterios de elegibilidad y la capacidad mental de la persona para tomar la decisión. El Ministerio ha resaltado que los Comités deben tener en cuenta las situaciones de personas con discapacidad que puedan requerir apoyos y ajustes para expresar su voluntad. Estos Comités, además, deben contar con profesionales de la salud mental, entre otros, que justamente deben evaluar de forma efectiva los conceptos de los médicos tratantes de las personas, analizar la historia clínica y otros conceptos y determinar que la persona puede consentir, que reúna los requisitos establecidos para acceder a la muerte digna, entre otras.

De igual modo, las resoluciones del Ministerio también prevén otra serie de salvaguardas como la reiteración del consentimiento, la valoración interdisciplinaria y la provisión de información sobre alternativas terapéuticas. Así, a todas las personas que busquen acceder a una eutanasia, ya sea por sufrimiento físico o mental, se les debe informar de la existencia de alternativas razonables de

¹⁰⁹ Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022.

¹¹⁰ Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022.

¹¹¹ Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022.

¹¹² Expert Panel on MAiD and Mental Illness, “Final Report of the Expert Panel on MAiD and Mental Illness”, 2022.

tratamiento para el alivio de síntomas, y se le debe hacer una oferta de cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico, sin que eso signifique que éstos son pre-requisitos para acceder¹¹³.

6. Recomendaciones para la Corte

En este escrito hemos buscado responder a algunos de los interrogantes propuestos por este despacho para el estudio del caso de Catalina Giraldo. Así, nos permitimos sugerir algunas recomendaciones para que este despacho haga un análisis del caso de estudio:

- El SMA ha sido reconocida como una faceta más del derecho a morir con dignidad, ampliamente estudiado y reiterado por esta corporación. Actualmente, dicha faceta no cuenta con unos protocolos técnicos específicos, por lo que quienes busquen acceder a la muerte digna por esta vía no podrán materializar su derecho, poniendo en grave riesgo su derecho a la dignidad, a la salud, autonomía y al libre desarrollo de la personalidad. De este modo, el ejercicio del derecho a la muerte digna depende inevitablemente de la posibilidad de materializar la elección sobre la muerte a través de la prestación de un servicio en específico. Así, no podría asumirse que solo porque Catalina terminó accediendo a la eutanasia, a pesar de haber solicitado de forma reiterada el SMA, se protegió su derecho de forma integral. En línea con las demás barreras que persisten para acceder a este derecho, a este Corte también le corresponde abordar la falta de regulación del SMA como un obstáculo claro para el ejercicio de los derechos fundamentales en juego.
- Colombia cuenta con un andamiaje robusto de medidas, procesos y salvaguardas para el acceso sin barreras a la muerte digna, y en específico la eutanasia. Esta regulación ha sido producto de órdenes constitucionales que han determinado mínimos para eliminar barreras relacionadas con la muerte digna y resoluciones del Ministerio de Salud. Así, dichos avances también pueden garantizar el SMA. Si bien la implementación del SMA puede requerir una regulación técnica específica, hay medidas que ya existen en las que se debe enmarcar la verificación de requisitos y la protección del consentimiento para quienes quieren acceder al SMA. Como lo han mostrado las experiencias compradas, los países no suelen contar con medidas o mecanismos diferentes para acceder a la eutanasia y el SMA, pues se parte del hecho de que las salvaguardas y procesos creados cumplen con la finalidad de proteger la autonomía de las personas para el ejercicio de ambas facetas de la asistencia a la muerte.
- Es importante reconocer que algunos países han incorporado la posibilidad de acceder a la asistencia a la muerte cuando se experimenta sufrimiento mental, lo que resulta alineado con el entendimiento del derecho a la salud y las dimensiones de la salud física y mental. En el caso de Colombia, ya esta Corte se refirió al sufrimiento mental y su relación con el sufrimiento y la garantía de derechos fundamentales. Recientemente, a través de la Resolución 813 de 2026, el Ministerio de Salud armonizó su regulación sobre muerte digna con la jurisprudencia constitucional para incorporar el sufrimiento mental. Así, le corresponde a esta Corte asegurar que las personas que experimentan este

¹¹³ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 826 de 2013, art 30.

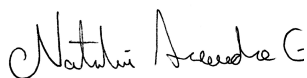
tipo de sufrimiento no enfrenten barreras adicionales para acceder a la muerte digna. De lo contrario, podría constituirse un acto de discriminación por razón de condición de salud o discapacidad.

- Como ha sido documentado en este escrito, existen preocupaciones serias sobre los abusos a los que pueden ser sometidas las personas con discapacidad en el contexto de la asistencia médica para la muerte. Siguiendo los estándares del DIDH, le corresponde a los Estados contar con salvaguardas claras que permitan proteger el consentimiento de las personas con discapacidad y sus derechos, en igualdad de condiciones. Esta preocupación ya ha sido ampliamente abordada por esta Corte y por las más recientes regulaciones del Ministerio de Salud. Por esto, consideramos que los mecanismos y las salvaguardas que ya existen en el país en materia de eutanasia y muerte digna son suficientes para garantizar que las personas con discapacidad psicosocial o que enfrentan situaciones de salud mental puedan otorgar su consentimiento libre, informado y sin presiones indebidas. Le corresponde al Ministerio de Salud establecer si deben existir análisis específicos o reforzados para abordar situaciones en las que existan dudas sobre la capacidad de decidir sobre la muerte de una persona por razones de sufrimiento mental, incluyendo la consideración de síntomas como la ideación suicida u otros similares. En todo caso, estos análisis se pueden realizar dentro de los mecanismos y con las salvaguardas ya existentes.

Cordialmente,



Silvia Serrano Guzmán
Co-Directora
Centro para la Salud y los
Derechos Humanos, Instituto
O'Neill para el Derecho y la
Salud Nacional y Global,
Universidad de Georgetown
sjs357@georgetown.edu



Natalia Acevedo Guerrero
Consultora Senior, Centro para
la Salud y los Derechos
Humanos, Instituto O'Neill
para el Derecho y la Salud
Nacional y Global, Universidad
de Georgetown
n859@georgetown.edu



Francesca Nardi
Consultora, Centro para la
Salud y los Derechos
Humanos, Instituto O'Neill
para el Derecho y la Salud
Nacional y Global, Universidad
de Georgetown
fn122@georgetown.edu