

**RESPONSABILIDAD CIVIL DE E.P.S E I.P.S AL NO GARANTIZAR EUTANASIA
EN PACIENTES TERMINALES EN COLOMBIA**

**ÁNGEL ANTONIO HERRERA PRADILLA
GERMÁN EDUARDO MARTÍNEZ DÍAZ**

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO
NEIVA
2021**

**RESPONSABILIDAD CIVIL DE E.P.S E I.P.S AL NO GARANTIZAR EUTANASIA
EN PACIENTES TERMINALES EN COLOMBIA**

**ÁNGEL ANTONIO HERRERA PRADILLA
GERMÁN EDUARDO MARTÍNEZ DÍAZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el Título de
ABOGADO**

**Asesor
GILBERTO CUELLAR BOTELLO**



**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO
NEIVA
2021**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Neiva, Noviembre de 2021

DEDICATORIA

A nuestra familia, por su apoyo, paciencia y especialmente el acompañamiento permanente en las diversas dificultades y adversidades que nos encontramos durante el desarrollo de esta investigación, que nos permitieron seguir avanzando hasta llegar a la meta.

A nuestros profesores, que no solamente nos aportaron su conocimiento, sino que también su apoyo permanente y tiempo, especialmente a Marta Stella Cadena Manjarrés y Jesús Andrés Ramírez.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. TEMA DE INVESTIGACIÓN	14
2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. MARCO TEÓRICO	20
5. RESULTADOS	40
5.1 CONCEPTOS	40
5.1.1 Enfermo en fase terminal	40
5.1.2 Enfermedad crónica, degenerativa e irreversible	41
5.1.3 Agonía	41
5.1.4 Derecho fundamental a morir con dignidad	41
5.1.5 Cuidados paliativos	41
5.1.6 Sedación paliativa	42
5.1.7 Homicidio por piedad	42
5.1.8 Suicidio asistido	42

5.1.9 Adecuación de los esfuerzos terapéuticos (AET)	42
5.1.10 Enfermedad incurable avanzada	43
5.1.11 Eutanasia	43
5.1.12 Solicitud de eutanasia	43
5.1.13 Consentimiento informado	43
5.1.14 Objeción de conciencia	44
5.1.15 Documento de voluntad anticipada (D.V.A)	44
5.2 LAS EPS E IPS	44
5.3 RESPONSABILIDADES DE EPS E IPS AL NO REALIZAR EUTANASIA	57
6. CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	69

RESUMEN

El derecho a la muerte digna obtiene sus primeras bases como reconocimiento de derecho fundamental en Colombia a partir de la Sentencia C-239 de 1997 al dejar sin consecuencia penales la realización del homicidio por piedad en pacientes con enfermedades terminales que padecían de intensos dolores o sufrimientos y dicho procedimiento lo realiza el médico tratante; pero, fue solo hasta el tres de julio de 2015 que se realiza la primera eutanasia “legal”. Las negaciones a la realización de este procedimiento por parte de los encargados de asegurarlo (EPS e IPS) eran entre otras: la objeción de conciencia, la falta de profesionales o equipos para la realización del procedimiento, y/o la infinita tramitomanía en que se ha convertido la solicitud de algunos servicios, prolongando injustificadamente el sufrimiento no solo del paciente, sino también la de la familia. Por lo anterior el MinSalud expide la Resolución 1216 de 2015 en donde se dan las directrices para la organización y el funcionamiento de los comités encargados de “autorizar” la realización de la eutanasia; aun así, se continuó sin prestar dicho servicio. Por lo anterior, se definirán los diferentes términos que se deben conocer para entender adecuadamente la eutanasia y evitar así posibles confusiones, posteriormente se describen cuáles son las funciones y obligaciones de las instituciones encargadas de la salud en el SGSSS en Colombia (EPS e IPS); y finalmente se explicaran los elementos que configuran la responsabilidad civil relacionada con la no realización de la eutanasia como alternativa de muerte digna en Colombia.

Palabras claves: Eutanasia, homicidio por piedad, derecho a morir con dignidad, responsabilidad civil, EPS e IPS.

ABSTRACT

The right to a dignified death was born in Colombia as of Sentence C-239 of 1997, when the execution of mercy killing in terminally ill patients who suffered from intense pain carried out by the treating physician was left without criminal consequences; However, it was only until July 3, 2015 that the first "legal" euthanasia was carried out. The argumentation of those in charge of ensuring the aforementioned procedure (EPS and IPS), were the conscientious objection, the lack of professionals or equipment to carry out the procedure, and / or the infinite paperwork, the comes and goes in which the request for some services has become, causing suffering not only for the patient, but also for the family. Therefore, it shows what are the functions and obligations of the institutions in charge of health in the SGSSS in Colombia (EPS and IPS), to later show which is the path or stages that must be followed to access the euthanasia procedure; to finally end civil liability by not carrying out or unjustifiably lengthening the euthanasia procedure.

Consequently, the Ministry of Health creates Resolution 1216 of 2015, which gives the guidelines for the organization and operation of the committees in charge of "authorizing" the performance of euthanasia; even so, it continued without providing such service.

Keywords: Euthanasia, mercy killing, right to die with dignity, responsibility, EPS and IPS.

INTRODUCCIÓN

El derecho a morir con dignidad obtiene sus primeras bases como reconocimiento de derecho fundamental en Colombia a partir de la Sentencia C-239 de 1997, abarcando unas esferas que al inicio no fueron muy claras, pero posteriormente, durante el desarrollo y estudio de este derecho fundamental se fueron evidenciando hasta dejarlas completamente claras como lo son los cuidados paliativos, la readecuación de medidas asistenciales y la eutanasia. Esta última, se ha usado como sinónimo de otros procedimientos como el suicidio asistido o el homicidio por piedad u homicidio pietístico; estando penalizadas estas acciones y por tanto encontradas en el Código Penal, donde su sanción o pena dependía de la persona que realizaba la acción, así como también su motivación.

Debido a esta sanción penal, muy pocas personas incurrían en la realización de estas acciones, aunque fuera por un “bien” o solicitud de la parte que deseaba finalizar con su vida. Como generalmente sucede, aparecieron personas (profesionales y no profesionales), que realizaban estos procedimientos en la clandestinidad, muchas veces en lugares o “consultorios” no adecuados y/o sin cumplir con el objetivo principal de estos procedimientos como lo es una muerte rápida y sin dolor.

Posterior a la sentencia hito ya mencionada, se han desarrollado con el tiempo múltiples sentencias, leyes y resoluciones, encontrando entre ellas la Sentencia T-970 de 2014, Sentencia T-132 de 2016, Sentencia T-322 de 2017, Sentencia T-423 de 2017, Sentencia T-544 de 2017, Ley 1733 de 2014¹, Resolución 1216 de 2015², Resolución 4006 de 2016³, Resolución 825 de 2018⁴, Resolución 229 de 2020⁵ y Resolución 0971 de 2021⁶, que han reforzado el derecho fundamental a la

¹ "Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida".

² "Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad".

³ "Por medio de la cual se crea el Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, se regula su funcionamiento y se dictan otras disposiciones".

⁴ "Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes".

⁵ "Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado".

muerte con dignidad en todas sus esferas, buscando un acceso fácil y sin tramitomanía a ellos; esperando que, los usuarios que cumplan con los requisitos necesarios para su implementación, tengan la oportunidad de la realización del tratamiento y procedimiento.

Pese a que la Corte Constitucional ha exhortado innumerables veces al Congreso de la Republica de Colombia para legislar sobre este tema tan importante; estos han guardado silencio frente a la acción solicitada, esperando alguna oportunidad para salir con algún proyecto de ley o ley baladí que justifique su elección y salario. Desafortunadamente, desde 1997 se han presentado hasta la fecha doce proyectos de ley, sin llegar ninguno hasta la fecha a ser aprobado dejando sin piso jurídico la implementación completa del derecho a una muerte digna. El último intento fue en la Cámara de Representantes con el Proyecto de Ley 063 de 2020⁷, con ponencia de H.R. Juan Fernando Reyes Kuri, que alcanzo el segundo debate, pero en la votación no logró la mayoría especial que requería y, por lo tanto, se archiva; siendo lo anterior lo más cerca que ha estado un proyecto de ley que regule el derecho a morir con dignidad en todos estos años.

Si no se ha logrado legislar sobre la muerte digna o una de sus esferas como la eutanasia: ¿Qué se puede esperar de las Entidades Promotoras de Salud⁸ e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud⁹ en garantizar el derecho fundamental a la muerte digna en su modalidad de eutanasia, siendo instituciones en su mayoría privadas que prestan un servicio público? Para ayudarnos a contestar esta pregunta, se encuentra un artículo bastante adecuado en el periódico Desde Abajo llamado “La salud en Colombia ¡Qué buen negocio!” Ahí nos reseñan de como la salud paso de derecho fundamental a un negocio que mueve grandes cantidades de dinero, especialmente en las EPS, evidenciándose en el informe con los resultados financieros del sector salud 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud¹⁰, una rentabilidad anual de los actores del Sistema General de Seguridad Social y Salud¹¹ del 5,2 por ciento (3.1 billones), y en cuanto a los prestadores de servicios de salud en el mismo año sus ingresos totales subieron un 10 por ciento (5,3 billones). El 85 por ciento de este aumento

⁶ “Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”.

⁷ “Por medio del cual se establecen disposiciones para reglamentar el derecho fundamental a morir dignamente, bajo la modalidad de eutanasia”.

⁸ En adelante entiéndase EPS

⁹ En adelante entiéndase IPS

¹⁰ En adelante entiéndase SuperSalud

¹¹ En adelante entiéndase SGSSS

es explicado por la dinámica de empresas privadas como las IPS y transporte especial de pacientes (TEP), cuyos ingresos aumentaron 11,4 por ciento, que equivalen a \$4,6 billones. Los ingresos de los hospitales públicos se incrementaron en 5,7 por ciento en el mismo período (Sarmiento Anzola, 2020).

El artículo continúa resaltando que el SGSSS hace parte del mercado del aseguramiento, estando casi por completo en manos de EPS privadas, sirviendo como intermediarias en los servicios de salud y prestando otros servicios como de medicina complementaria, logrando con esto unas ganancias extraordinarias a costa de la baja calidad, denegación e insuficiencia en el servicio prestado a los usuarios “clientes”. Su posición dominante y monopólica en el mercado del aseguramiento de salud le permite reducir costos, imponer obstáculos insalvables para acceder a los servicios, no atender enfermedades preexistentes, minimizar los servicios, desaprovechar entrega de medicamentos de alto precio, y aumentar arbitraria y especulativamente las tarifas que cobran a los usuarios por encima del índice oficial de precios al consumidor –IPC– y del crecimiento promedio de la economía del país (Sarmiento Anzola, 2020).

Lo anterior nos contextualiza para plantearnos la pregunta: ¿Tienen alguna responsabilidad civil las EPS e IPS al no garantizar el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia a los pacientes con enfermedad terminal que quieren realizarla en Colombia? Para responder adecuadamente a esta pregunta debemos desarrollar algunos temas imperativamente para forjar un conocimiento que nos oriente hacia una argumentación con suficiente peso para asegurar una postura firme a esta realidad y definir la responsabilidad o no de las EPS e IPS al no garantizar la eutanasia a los pacientes con enfermedad terminal que desean dicho procedimiento.

Todo Estado debe tener un ordenamiento jurídico para considerarse como tal, porque es de ese ordenamiento jurídico en donde emana todos los principios, regla y subreglas que se deben y tienen que acatar por toda la población para lograr una estabilidad de la sociedad y de sus instituciones. Por eso, es imperativo conocer de qué norma se origina nuestra actual seguridad social y cuáles son los parámetros que en ella se encuentra para el correcto funcionamiento del sistema de salud; logrando identificar a los diferentes actores con su respectivo rol o función, para que se puedan identificar quien o quienes son los responsables de la prestación del servicio de salud y por lo tanto están obligados a responder por la demora o no atención de un usuario que requiere de sus servicios. La Ley 100 de 1993 es la que crea todo el aparato de la seguridad social en Colombia, estableciendo claramente los engranajes que la conforman, por lo tanto, es una norma que debemos conocer y desglosarla para detener la atención en el SGSSS, por ser parte importante de esta investigación y por consiguiente se detallara sus actores junto con sus funciones.

Pese a las constantes intervenciones y sanciones de los entes de control a las EPS e IPS por fallas o anomalías en sus servicios, como lo muestra el Comunicado de Prensa Número 64 de 2018 de la SuperSalud, en los primeros 100 días del actual gobierno, se impuso 85 sanciones a 62 vigilados por \$9.171 millones, confirmó en segunda instancia 91 multas por \$4.520 millones, ordenó a dieciséis (16) EPS no realizar nuevas afiliaciones, dio plazos perentorios a otras doce (12) entidades para que comprueben su idoneidad; se han abierto sesenta y tres (63) investigaciones de las cuales trece (13) corresponden a temas relacionados con la prestación de servicios de salud, veintidós (22) por temas de reporte de información e incumplimiento de instrucciones y veintiocho (28) corresponden a temas de generación y flujo de recursos; de las aperturas, treinta y cuatro (34) se hicieron contra EPS, una contra una Empresa de Medicina Prepagada, catorce (14) contra IPS, tres a departamentos, tres a generadores de recursos, seis a Alcaldías y dos a entidades relacionadas con la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social y Salud¹². Por lo referido, es constante escuchar en las diferentes conversaciones de pasillo o en las noticias, la mala atención que sufren los usuarios del sistema de salud por parte de los funcionarios de las diferentes entidades que pertenecen al sistema, viendo además que a pesar del uso de los mecanismos adecuados para proteger su derecho a la salud, a la vida o la dignidad humana; estos no surten el efecto deseado de proteger o restaurar el derecho sino que al contrario, ven como salen impunes y con la cabeza en alto los funcionarios o las instituciones a las que le recae la obligación de prestación del servicio de salud.

Ni que hablar de la aplicación del derecho a morir con dignidad, hasta antes de la Resolución 1216 de 2015, era frecuente y constante el argumento de las EPS e IPS de que no tenían una directriz para el correcto funcionamiento del comité científico interdisciplinario, o regulación para la realización de la eutanasia, o el medico era objetor de conciencia, o el consentimiento informado presentaba fallas debido a la capacidad del solicitante, o el dolor que sufría el usuario era subjetivo y por lo tanto le era muy difícil establecer si en realidad era doloroso o no para el usuario, entre otras.

Debido a esto, es perentorio mostrar las responsabilidades a la que pueden ser objeto las EPS e IPS al no prestar oportuna o adecuadamente el servicio, para tener acceso al procedimiento de la eutanasia, haciendo un ahínco en la responsabilidad civil, con referencia especialmente a las EPS e IPS como responsables directos de la no atención oportuna o adecuada del servicio de salud.

Para terminar, como la eutanasia ha sido un tema bastante controvertido y estudiado, ha desarrollado un sinfín de definiciones, conclusiones, parámetros; que en muchas ocasiones han “iluminado” el conocimiento de muchos

¹² En adelante entiéndase ADRES

investigadores, médicos, estudiantes, profesores, profesionales, entre otros; también es cierto que han confundido o han hecho caer en errores a una gran variedad de personas. Por lo tanto, es una obligación académica dar a conocer los diferentes conceptos que se manejan en esta monografía con la definición más conveniente para evitar en lo posibles confusiones o sesgos que dificulte el entendimiento y desarrollo de esta.

1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

Un ejemplo del gran silencio que ha tenido el Congreso de la Republica de Colombia desde el nacimiento de la Constitución de 1991, es la falta de una conveniente legislación en temas álgidos para nuestra sociedad como la reforma a la salud, reforma a la justicia, reforma al régimen de pensiones; y peor aún, han pasado por alto circunstancias especiales que incluso la Corte Constitucional ha exhortado para regular; temas de gran impacto social y moral, verbigracia la interrupción voluntaria del embarazo y el derecho a morir con dignidad.

Y es precisamente en estas dos últimas circunstancias, donde se refleja lo efímero del ser humano en nuestro mundo, en el cual claramente estos procesos tan naturales y simples, han puesto a pensar, discutir, escribir, elogiar, cantar, asustar, entre otras acciones, a las mentes más brillantes de toda la historia y aún no ha existido un dogma o última palabra para estos temas que se resumen en dos consecuencias naturales como lo son la vida y la muerte.

La vida en general es un tema que nos agrada a la gran mayoría y esperamos con muchas ansias (nacimientos, aumentar expectativa de vida, recuperación de una enfermedad), siendo algo tan biológico, tan natural, tan básico, que pensamos que todo lo que vaya en contra de ella es “malo” o antinatural; sin darnos cuenta de que como en la gran mayoría de los fenómenos naturales o biológicos siempre hay una contraparte igual de importante y básica: la muerte.

Si, la muerte o también conocida como deceso, defunción, fallecimiento, fenecimiento, entre muchos otros nombres que se conocen a través del mundo, las culturas, las religiones, las regiones, las tribus; siendo esta odiada, temida, venerada, prohibida, celebrada (cultura nórdica); reconociendo generalmente (otras veces no) este proceso o evento natural que viene programado en todos los seres vivos como parte del ciclo vital y por lo tanto se reconoce como parte de la existencia y por lo tanto parte de la vida misma.

Entonces, ¿Cuál es el miedo a un evento tan normal como la muerte? La pregunta tiene muchas respuestas dependiendo de la cultura, religión o creencias que se tengan, pero en general es porque es el final de la vida. Por lo tanto, el hombre está en una negación constante porque siempre ha tenido la imagen de la eternidad, probablemente producto de la impotencia del fin de todo, escudándonos en la elongación de la vida por medio de los avances técnico-científicos, que hasta la fecha no han “solucionado el problema” sino que han prolongado la mera existencia humana (expectativa de vida), dejando en la procreación una “inmortalidad genética” que no cumple a cabalidad con el objetivo que es la “inmortalidad humana”; olvidando por completo que la muerte es un suceso individual, privado y particular. Por tal motivo, cuando ocurre este hecho infalible a algún conocido cercano; hay angustia, agobio, ansiedad y miedo; que se

aumentan desmesuradamente aún más cuando este fallecido sufrió al encontrar el fin.

Unos de los motivos por los cuales nos hemos alejado de la naturalidad de la muerte, es que en la actualidad la muerte se ha “hospitalizado”, logrando que dejemos de ser testigos o estar presentes en el momento en que la persona fallece, dejando en la imaginación el escenario en que se presentó el fallecimiento, siendo generalmente escena de gran dolor y angustia. Aunque la realidad no se aleja mucho de esa imaginación, porque generalmente el paciente termina en el servicio de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos¹³, completamente solo o sin visitas, generando una gran angustia y dolor espiritual por no poder “despedirse” de sus seres queridos; igualmente la familia entra en angustia por no saber el desarrollo de la patología esperando, con zozobra la “noticia” o reporte del estado de salud del paciente por parte del galeno, sus familiares exteriorizan su sufrimiento con una congoja al no poder decirle adiós a su ser querido o amado.

Como ya se mencionó, el país sufrió un revolcón normativo desde la Constitución de 1991 y gracias a la Corte Constitucional “dorada” se produjo numerosas sentencias en pro de los nuevos derechos fundamentales, principios y valores de la reciente Carta Magna, así como también reconoció derechos fundamentales que no se encontraban explícitamente en la Constitución, pero si se hallaban implícitamente dando lugar al nacimiento y reconocimiento de estos como tales; encontrando en la muerte digna uno de los temas más controversiales por su gran impacto social, religioso y ético. Fue a partir de la Sentencia C-239 del 20 de mayo de 1997 emitida por la Corte Constitucional, con ponencia del entonces Magistrado Carlos Gaviria Díaz, que se reconoce el derecho a morir dignamente mediante la eutanasia en las personas que padezcan enfermedad terminal comprobada, progresiva, degenerativa, insoportable e irreversible; siempre y cuando contaran con su consentimiento libre e informado y el procedimiento lo realice un médico.

La anterior sentencia sentó un precedente jurídico y social que se trató de desfigurar con críticas como el “desbordamiento” del alcance de la competencia de la Alta Corte, al exhortar al legislativo la tarea lógica y jurídica que tiene aquella institución de establecer al respecto una regulación sobre el tema del derecho a morir de forma digna, pero como ya se mencionó, hasta la fecha el Congreso de la Republica de Colombia no ha normatizado este derecho fundamental reconocido constitucionalmente y jurisprudencialmente.

Como era de esperar, por la falta de interés de los legisladores y las talanqueras que imponían las EPS e IPS, quienes aducían la falta de regulación de los procedimientos para tener acceso a la eutanasia, pese a estar presente la

¹³ En adelante entiéndase UCI

voluntad del paciente en etapa terminal de una enfermedad y expresando estar sufriendo dolor, respaldado por los derechos fundamentales a la dignidad humana, la libertad, la autonomía de la voluntad y principalmente el derecho a la muerte digna. Como consecuencia de lo anterior, la Corte Constitucional seleccionó tuteladas que solicitaban este derecho fundamental y desarrolló mediante sus sentencias (ya mencionadas), una forma práctica y real para tener un acceso a la muerte digna mediante el uso de la eutanasia y exhortando nuevamente al Congreso de Colombia su regulación, tomando en consideración los presupuestos y criterios usados en las providencias; así mismo, ordena a MinSalud fijar las directrices y disponer todo lo necesario para que los prestadores de servicios de salud conformen, organicen y pongan en funcionamiento los comités científicos interdisciplinarios para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia.

Por lo tanto, el MinSalud dando cumplimiento a la orden dada por la Corte Constitucional, el 20 de abril de 2015 emitió la Resolución 1216 que imparte las directrices para la conformación y funcionamiento de los comités científicos interdisciplinarios, las funciones de las EPS e IPS en el proceso de la solicitud y realización de la eutanasia para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad en los pacientes que desean realizarlo; en los casos y condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

Pese a tener un derrotero despejado para la realización de la eutanasia, al señor Ovidio González (padre del caricaturista Matador), quien tenía un cáncer terminal en la cara, se le negó la realización del procedimiento sin tener en cuenta que cumplía con todos los requerimientos exigidos en la resolución; con dilaciones y justificaciones sin bases, se necesitó de su hijo para hacer de lo anterior noticia nacional y bajo la presión de los medios y la sociedad, se realiza la eutanasia el 3 de julio de 2015 a las 9:32 am, siendo este la primera eutanasia “legal” en Colombia (Redacción Vivir, 2015).

Se evidencia fácilmente el incumplimiento de parte de los actores encargados de garantizar los servicios de salud, vulnerando los derechos fundamentales de sus usuarios, y, por tanto, se debería imputar alguna responsabilidad a estas instituciones por el no cumplimiento pleno de sus funciones, sin tener en cuenta las excusas multifactoriales infundadas o señalamientos al personal operativo o administrativo, esperando con esto una exoneración de responsabilidad.

Es importante mencionar que existen muy pocos estudios en el País que traten la responsabilidad civil al negar la eutanasia, resaltando especialmente a los siguientes:

Flórez Rincón, M. (2016). Dignidad y autonomía del paciente terminal: responsabilidad de las E.P.S. frente a la dilación en el procedimiento de la eutanasia. *Revista Temas Socio Jurídicos*, 36(71), 31-48. Este artículo pretende la

revisión de la legislación colombiana en torno a la práctica de la eutanasia y qué responsabilidades tiene las EPS desde que un paciente la solicita y hasta la realización del procedimiento, en cuanto a su autorización y ejecución. En el transcurso del escrito se desarrolla la evolución de la eutanasia en las diferentes sentencias y resoluciones, así mismo, nos plantea que las EPS deben responder civilmente por los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales causados tanto al paciente como a la familia, sufridos como consecuencia del retardo en el cumplimiento de un deber como es la autorización para practicar la eutanasia a un paciente cuya solicitud cumple con los requisitos previstos para llevar a cabo el procedimiento. En sus conclusiones encontramos: 1. Las EPS son responsables cuando dilatan la autorización para practicar la eutanasia a los pacientes cuyas solicitudes cumplen con los requisitos previstos para realizar el procedimiento, responsabilidad que deberá establecer la autoridad competente, por el daño que causen tanto al paciente como a los familiares de este, 2. La Corte Constitucional se ha pronunciado al respecto en varias sentencias, diciendo que el Estado tiene el deber de sancionar a quienes retarden la prestación de un servicio de salud, 3. La responsabilidad civil la determina el juez dentro del respectivo proceso judicial y la SuperSalud sanciona a las EPS a través de un proceso administrativo, 4. Se espera que con la importancia que se le ha dado en los últimos años a la eutanasia y a la gran demanda por parte de los pacientes, el Congreso de la República legisle y apruebe leyes que regulen dicha práctica y de esta forma evitar que las EPS sigan dilatando los procedimientos.

Betancur Gómez, M; & Bustamante Blanco, S (2018). La culpa organizacional como factor de atribución de responsabilidad civil extracontractual a las personas jurídicas de derecho privado en Colombia. En esta monografía se encuentra la evolución que ha sufrido la responsabilidad civil en Colombia, hasta llegar a la responsabilidad organizacional encontrando en la Sentencia del 30 de septiembre de 2016 y Sentencia del 28 de junio de 2017 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia de Colombia, pronunciamientos sobre esta “nueva” responsabilidad civil extracontractual; concluyendo que por medio de tales sentencias, la Corte Suprema de Justicia establece la posibilidad de que las personas jurídicas puedan cometer culpa, esto es, falta de diligencia y cuidado en sus procesos organizacionales y, por ende, responder civil y extracontractualmente en virtud de ésta. Aunque no se mencionó expresamente en tales fallos, se concluyó en el presente trabajo que se trata de una responsabilidad por el hecho propio, de acuerdo con el artículo 2341 del Código Civil colombiano; además es necesario identificar concretamente en qué casos la culpa se deriva de los procesos organizacionales de las entidades y en qué situaciones se deriva de una actuación individual de una persona natural integrante de las mismas. Lo anterior, ya que existen escenarios en los cuales la no identificación de los individuos, personas naturales, involucrados en la comisión de un daño, no configura una culpa organizacional.

2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

En el desarrollo de esta investigación se empleó una metodología de tipo cualitativo, desde el método descriptivo-analítico, por consiguiente al tratarse de un tema tan álgido la eutanasia, encontrando que aún no está legislado sobre este tema, se recurrió al estudio de las diferentes sentencias que la Corte Constitucional de Colombia ha emitido desde la sentencia hito en 1997 hasta la fecha, así mismo, y en desarrollo del exhorto de la Alta Corte, el MinSalud ha realizado y publicado resoluciones¹⁴, para la realización de este procedimiento dentro de los parámetros establecidos en las sentencias que también entraron dentro del material para el estudio. Igual de importante que los anteriores, son los diferentes artículos y estudios realizados por diferentes profesores de importantes universidades nacionales e internacionales que son referencias en el derecho a la muerte digna y la eutanasia, abordando especialmente la importancia de la implementación de este último para “completar” adecuadamente el concepto de derecho a la muerte digna.

Se encontró necesario iniciar el desarrollo de este trabajo de investigación con las definiciones de los términos que se encuentran en las diferentes sentencias, resoluciones y artículos científicos con el fin de unificar y no hacer incurrir en confusiones a los lectores. Posteriormente se abordan temas en un orden para llevar al lector con el conocimiento más desarrollado al punto importante de esta investigación como es la posible responsabilidad civil de EPS e IPS al negar el procedimiento de la eutanasia. Por lo tanto, se desarrollarán esos temas conociendo las obligaciones y deberes de las EPS e IPS encontradas en la normatividad, recalcando la importancia de estas dos instituciones para el cumplimiento de garantía a la salud de los colombianos, entrando específicamente en el cumplimiento de la muerte digna en todas sus esferas, especialmente en la eutanasia; para finalmente, establecer los parámetros que se requieren para que se configure una responsabilidad civil organizacional de las EPS e IPS al no garantizar el acceso y la realización de la eutanasia.

Las conclusiones como se puede inferir, nacieron después de un arduo estudio de la normatividad, la jurisprudencia y la doctrina; encontrando muchas veces contradicciones, pero al ahondar en el tema se logró un consenso académico y científico a favor del usuario del SGSSS, porque se encontró durante este trabajo investigativo muchas formas de ver el derecho a morir con dignidad, hallando diferentes formas para acceder a dicho derecho y por lo tanto abriendo un abanico de posibilidades al usuario para desarrollar su concepto de morir con dignidad, dándole el protagonismo a la eutanasia, como la esfera del derecho a morir con dignidad más importante de este documento.

¹⁴ Resolución 1216 de 2015, Resolución 825 de 2018 y Resolución 0971 de 2021

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el alcance de responsabilidad civil de las entidades promotoras de salud (EPS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) al no garantizar la eutanasia en los pacientes con enfermedad terminal en Colombia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enunciar los conceptos de los componentes que se encuentran en el desarrollo efectivo de la eutanasia en Colombia.
- Describir las obligaciones que le asisten a las EPS e IPS relacionadas con la garantía de realización de la eutanasia en pacientes con enfermedad terminal en Colombia.
- Analizar la configuración de la responsabilidad civil organizacional de EPS e IPS frente al incumplimiento del procedimiento de la eutanasia en los pacientes con enfermedad terminal en Colombia.

4. MARCO TEÓRICO

El derecho a la vida es uno de los más antiguos en la historia del hombre, es así como en la antigua Grecia múltiples filósofos comenzaron a definir ciertos principios que debían tener todos los hombres para poder lograr un balance o equidad entre símiles; apareciendo en ese contexto unos de los filósofos más importante de toda la historia como lo fue Aristóteles y en su obra *Ética Nicomáquea* hace referencia a la vida como un conjunto de actividades entre ellas morir, que fue tomado como base por las culturas occidentales y sirvieron también como fundamento para su ética en general.

En el Siglo de Pericles apareció otro gran pensador y medico: Hipócrates de Cos, a quien se le considera el “Padre de la medicina”, otorgando a esta un grado de profesión, creando los pilares para la medicina actual y a la ética médica, dándole gran importancia a la protección y preservación de la vida por parte de los galenos.

Ya en la Edad Media, por el gran poder que tenían los monarcas y el cristianismo, los derechos y los privilegios pertenecían exclusivamente a las altas esferas que se desfiguraba totalmente con los derechos estamentales (pacto entre monarca y el pueblo), que buscaban imponer ciertos “límites” al monarca, pero, la realidad era diferente por el poder absoluto de la monarquía. En el inicio de este Periodo, San Agustín de Hipona (354-430 D.C), escribió importantísimas obras, siendo las más reconocidas “La ciudad de Dios” y “Confesiones”, construyendo el derrotero para que Santo Tomas de Aquino hablara por primera vez de la “Ley Natural” que le son inherentes a la persona, haciendo énfasis especial al derecho a la vida, potenciado por su religión cristiana.

Con el rompimiento de la relación Iglesia-Estado que inicia en Inglaterra, se crea la “Carta Magna” en ese país en el año 1215, resaltando en ella el derecho a la libertad, la igualdad y principalmente a la vida. El descubrimiento de América en el año 1492 (referente histórico), cambia la humanidad para su progreso, pero degradando y exterminando a los nativos del “Nuevo Mundo” en pro de la expansión cristiana y en busca de riquezas, sin importar los “derechos” que podían tener innatamente esos nativos, aborígenes o “salvajes”, pero que hicieron mella en la consciencia de muchas personas que fueron pilares para que los derechos humanos aparecieran en la edad Moderna.

En este “Nuevo Mundo”, tras un largo mancillamiento a los nativos y después de tener mestizos o criollos, estos deciden independizarse y el primero que logra hacerlo son los Estados Unidos de América el 4 de Julio de 1776 redactando una Proclamación de Independencia, reconociendo derechos individuales como la vida, la libertad, la igualdad, a la felicidad, entre otros, que deberán ser protegidos por el gobierno de turno.

Llegando finalmente a la revolución francesa en el año 1789, donde se da fin a la monarquía de Francia y en la Asamblea Nacional Constituyente se proclama el 26 de agosto “La Declaración de los Derechos del Hombre y de los Ciudadanos” que establecen derechos personales, colectivos y universales; castigando fuertemente a quienes atente a estos derechos, principalmente al de la vida y a la libertad.

Con el advenimiento de las dos guerras mundiales, casi en forma consecutiva, el uso de la tecnología se centró principalmente en la producción de armamento “convencional” (tanques, ametralladoras, aviones, lanzallamas, entre otros), armas químicas y biológicas (estrella blanca, cruz verde, cruz amarilla, gas mostaza, Tabún, Sarín, entre muchas otras), campos de exterminio (Chelmno, Belzec, Sobibor, Treblinka, Auschwitz-Birkenau y Majdanek), genocidios con agentes químicos (Zyklon-B); todas estas acciones que claramente iban en contra del ser humano en su esfera física y mental, llevando a la gran mayoría a la muerte o dejando unas secuelas permanentes que nunca olvidaría su cuerpo, su mente y especialmente su espíritu. Por estos acontecimientos, el mundo entero se dio cuenta de la necesidad de crear un organismo internacional que regule e imponga una limitación del accionar del humano frente al derecho a la vida que se violó en todas sus extensiones en estos conflictos, principalmente en la segunda guerra mundial con los Nazis. Para cumplir lo anterior, se crea el 24 de octubre de 1945 “La Organización de Naciones Unidas” y en 1948 proclama La Declaración de Derechos Humanos, resaltando para nuestro interés el artículo tercero que menciona el derecho a la vida siendo este inherente e inviolable a todos los seres humanos.

A nivel regional tenemos la Novena Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá (Colombia), en 1948, donde no solo se crea la Organización de Estados Americanos (OEA) sino que también se aprueba la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre que promulga entre otras el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona; posteriormente en la Convención Americana sobre Derechos Humanos realizada en San José de Costa Rica en 1969, se confirma el derecho a la vida en su artículo 4, agregando al articulado el no restablecimiento de la pena de muerte en aquellos países que no la tienen.

Con la Constitución de 1991 en Colombia, nuestro país refuerza los pactos y convenios ratificados, especialmente los que contienen derechos fundamentales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Convención Americana de Derechos Humanos, y es así como en el preámbulo asegura a sus habitantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, para posteriormente aterrizar esos principios en el articulado constitucional como derechos fundamentales, iniciando con el derecho a la vida, asegurando que es inviolable y por lo tanto, no habrá pena de muerte.

Ahora bien, en contraparte al derecho a la vida está el derecho a morir dignamente, siendo este último un derecho fundamental igual de antiguo y

estudiado, pero con la gran diferencia que no se ha legislado o realizado convenios o pactos para su realización por ser un tema tan espinoso y sobre todo por tener un peso moral, ético y fundamentalmente religioso. A nivel nacional solo se ha intentado “tocar” el tema con proyectos de ley que nunca han sido aprobados; solo la Corte Constitucional con su jurisprudencia ha abierto la puerta para lograr implementar este derecho fundamental, iniciando con la Sentencia C-239 de 1997 que marcó un hito para el inicio de implementación de este derecho sin sus consecuencias penales.

Posterior a la sentencia hito ya mencionada, se han desarrollado con el tiempo múltiples sentencias, leyes y resoluciones¹⁵, que han reforzado el derecho fundamental a la muerte con dignidad en todas sus esferas¹⁶, buscando un acceso fácil y sin tramitomanía a ellos; esperando que los usuarios que cumplan con los requisitos necesarios para su implementación tengan la oportunidad de realización del tratamiento y procedimiento.

A través de reiterada jurisprudencia, la Corte Constitucional ha manifestado que el derecho a morir con dignidad es un derecho fundamental que goza de todas las prerrogativas de los demás derechos fundamentales; indicando además que un derecho obtiene la categoría de fundamental cuando está cimentado en la dignidad humana; recordando que los derechos fundamentales están compuestos por una zona blanda o periférica que es susceptible a limitaciones y una zona dura o núcleo que no se puede tocar o modificar porque se perdería la esencia de este derecho. En la Sentencia T- 418 de 1992 se señaló:

Los derechos obtienen el calificativo de fundamentales en razón de su naturaleza, esto es, por su inherencia con respecto al núcleo jurídico, político, social, económico y cultural del hombre. Un derecho es fundamental por reunir estas características y no por aparecer reconocido en la Constitución Nacional como tal. Estos derechos fundamentales constituyen las garantías ciudadanas básicas sin las cuales la supervivencia del ser humano no sería posible.

Esta categoría de derecho fundamental, lo ha expresado en las Sentencias C 239 de 1997, Sentencia T 970 de 2014, Sentencia T 423 de 2017, Sentencia T 544 de 2017 y Sentencia T 721 de 2017. En estas sentencias no solo se reafirma el derecho a la muerte digna, sino que también trata de llenar ciertos vacíos que se encuentran al hacer efectivo este derecho fundamental especialmente mediante la eutanasia; por lo tanto, se obliga a conocer más a fondo las sentencias referidas anteriormente.

¹⁵ Sentencia T-970 de 2014, Sentencia T-132 de 2016, Sentencia T-322 de 2017, Sentencia T-423 de 2017, Sentencia T-544 de 2017, Ley 1733 de 2014, Resolución 1216 de 2015, Resolución 825 de 2018 y Resolución 0971 de 2021.

¹⁶ Cuidados paliativos, readecuación de medidas asistenciales y eutanasia.

La Sentencia C-239 de 1997 abrió el camino para la eutanasia en Colombia; esta providencia fue objeto de estudio de constitucionalidad el artículo 326 del Código Penal¹⁷, el cual contenía la tipificación del homicidio por piedad. A juicio del actor, esta disposición vulneraba el derecho a la vida, puesto que esta es inviolable y el artículo constituía una autorización para matar, y, el derecho a la igualdad pues establecía una discriminación en contra de quien se encuentra con grave dolor o enfermedad. En la Sentencia, la Alta Corte resalta que el derecho penal es subjetivo, es decir, su fundamento radica en el concepto de culpabilidad en donde convergen dos factores:

1. la voluntad del sujeto activo en la realización del ilícito y 2. la relación o nexo de causalidad entre la acción y el resultado. Por lo anterior, se descarta la inconstitucionalidad del artículo 326 del Código Penal.

La Corte aprovecha la oportunidad y se refiere al consentimiento y a la vida, dejando claro el carácter no absoluto de los derechos fundamentales y el papel del Estado frente a estos. Declarando que el Estado se encuentra obligado a proteger la vida, pero haciendo esta función compatible con el respeto a la dignidad humana, la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad, y a la prohibición de tratos crueles e inhumanos frente a los derechos inalienables de la persona humana, protegidos por la Constitución. Estos derechos revisten particular importancia si una persona se encuentra menoscabada en su estado de salud, es ella quien debe decidir cómo enfrentar la muerte, sabiendo que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente. Estos elementos le sirven a la Corte para darle una relevancia especial al consentimiento del sujeto pasivo y así justificar su decisión (Pereira Otero, 2013).

La Corte hace un llamado al Congreso para que se legisle sobre este nuevo derecho fundamental llamado derecho a la muerte digna.

Pasaron diecisiete años, para que nuevamente la Alta Corte se refiriera sobre el derecho a morir con dignidad y en la Sentencia 970 de 2014 la Señora J. interpuso acción de tutela contra Coomeva EPS en procura de la protección de sus derechos fundamentales a la vida y a morir dignamente, fundamentándose en que padecía una enfermedad terminal que compromete sus funciones vitales; en el año 2008, la Fundación Colombiana de Cancerología “Clínica Vida” dictaminó que

¹⁷ Decreto-Ley 100 de 1980

Artículo 326. *Homicidio por piedad.* El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años.

padecía cáncer de colon, con posterior metástasis a pelvis, pulmón y abdomen que requirió varias cirugías y sesiones de quimioterapia. El 23 de febrero de 2012 la paciente manifestó su voluntad de no recibir más ciclos ya que ese tratamiento le causaba “intensa astenia, adinamia, cefalea, náuseas y vómito”, los cuales eran efectos secundarios que le impedían desarrollar sus actividades cotidianas sin ayuda de terceros; este mismo año su médico oncólogo dejó constancia de que el cáncer que padecía la paciente no solo se encontraba en “franca progresión”, sino que había deteriorado su estado funcional y calidad de vida, por lo cual, ordenó suministrarle el “mejor cuidado de soporte por cuidados paliativos”. La paciente solicitó en varias oportunidades a su médico que le practicara la eutanasia, sin embargo, él le expresó verbalmente que dicho pedido “es un homicidio que no se puede consentir”, al ver la negativa constante decide tutelar ante un juez para amparar su derecho a la muerte digna.

La EPS responde ante la acción de tutela, alegando que no era posible autorizar el procedimiento ya que no se cumplían los requisitos establecidos por la Corte para ese entonces, debido a que carecía de una regulación para la realización de la eutanasia; además de la objeción de conciencia que presentaba su médico tratante y, por último, se preguntaban cuál sería el nivel intelectual mínimo para tener un consentimiento informado libre e inequívoco.

Así las cosas, la Corte confirma que el derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía, así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría. Es un derecho complejo pues depende de circunstancias muy particulares para constatarlo y autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos. En todo caso, es claro que existe una relación estrecha con la dignidad, la autonomía y la vida, entre otros.

Haciendo uso del derecho comparado, la Corte encuentra que en los países en donde la garantía a la muerte digna mediante la eutanasia fue reconocida por diversas fuentes normativas o legislativas, la gran mayoría de casos la dimensión subjetiva de este derecho se dio por decisiones judiciales, encontrando los jueces la existencia de una correlación muy estrecha entre el derecho a la vida, a la dignidad humana y a la autonomía personal. Así, desde una interpretación sistemática de los derechos fundamentales, sostuvieron que era posible que una persona decidiera autónomamente, bajo ciertas circunstancias, provocar su propia muerte. Es de allí que nace el derecho a morir dignamente. Ante la tensión existente, decidieron despenalizar la eutanasia como una manera de garantizar la vigencia de los derechos constitucionales. Así, la penalización de esta práctica médica se convertía en un obstáculo. No obstante, la despenalización no fue

absoluta. Se establecieron unas condiciones sin las cuales provocar la muerte de una persona sería igualmente considerado un delito.

En estos países la importancia del legislador fue de dotar de mayor seguridad jurídica y precisión técnica algunos conceptos y blindar legislativamente la voluntad del paciente. Lo que se buscó fue que los médicos supieran con certeza cuándo estaban cometiendo un delito, de manera que no solo se vieran beneficiados ellos sino también los enfermos. Así las cosas, al reglamentar el procedimiento de forma más clara y precisa, los galenos, siguiéndolo, tendrían la tranquilidad de no estar cometiendo una actividad ilícita y regulada. Igualmente, gracias a esa regulación los enfermos no estarían sujetos a la buena voluntad del médico, sino a la exigencia de sus derechos fundamentales.

En este caso en concreto, la Alta Corte no encontró justificación constitucionalmente válida a la negativa de la EPS para la realización de la eutanasia a la señora J., en donde la paciente claramente cumplía con los presupuestos para acceder al procedimiento, encontrando la muerte en esa espera. Por tanto, la ausencia de una regulación del derecho a morir dignamente se convierte en una barrera para su realización, se dan pautas normativas para facilitar su práctica y ordena a MinSalud emitir una directriz y disponga todo lo necesario para que los hospitales, clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario para hacer efectiva la realización de la eutanasia, y exhorta nuevamente al Congreso para legislar sobre el tema.

Ya teniendo unas pautas para la realización de la eutanasia en Colombia, los usuarios se ven en la necesidad de recurrir a la tutela como mecanismo para acceder a ella, ejemplo de esto es la Sentencia T-423 de 2017 donde la señora S. de 24 años de edad y afiliada a la Nueva EPS como cotizante, se le diagnostica en febrero de 2016 un tumor neuroectodérmico primitivo con pronóstico negativo por su etapa terminal, iniciando manejo con quimioterapia presentando posteriormente metástasis a múltiples órganos y efectos adversos que le impedían realizar sus actividades cotidianas, decidiendo el abandono de este tratamiento. Al presentar fuertes dolores que no mejoraban incluso con la aplicación de morfina, solicita se le practique la eutanasia, encontrando negativa ante la solicitud por parte del médico tratante, el hospital y la EPS, argumentando los anteriores que no contaban con los profesionales idóneos para la conformación del comité científico interdisciplinario. Ante tal situación su mamá se ve en la necesidad de instaurar la acción de tutela para que le concedan a su hija la protección de su derecho fundamental a la muerte digna.

Ante la prolongación del sufrimiento por la demora de una EPS en suministrar un medicamento, o practicar un tratamiento o procedimiento, la Corte ha sostenido que la extensión injustificada de una dolencia o una disfuncionalidad vulnera los derechos fundamentales a la integridad personal y a la vida en condiciones

dignas, aun cuando no se esté ante la inminencia de muerte. Desde sus primeros pronunciamientos, este Tribunal ha hecho énfasis en que la negligencia de las entidades encargadas de prestar un servicio de salud, por causa de trámites administrativos o irregularidades internas, no puede ser trasladada a los pacientes, en tanto una conducta de ese tipo genera una grave afectación de sus derechos. Por tanto, el servicio de salud debe prestarse de manera oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad. La prestación del servicio de salud en estos términos se ve limitada cuando se imponen barreras o trabas administrativas por parte de la entidad prestadora de salud, no imputables al paciente. Una de las consecuencias que ello genera es la prolongación del sufrimiento que consiste en la angustia emocional que les produce a las personas tener que esperar demasiado tiempo para ser atendidas y recibir tratamiento. Esta clase de conductas generan una grave afectación de los derechos fundamentales no solo a la salud, sino a la integridad personal y a la vida en condiciones dignas.

En esta sentencia la Alta Corte resuelve conceder la protección de los derechos fundamentales a la salud y a morir dignamente invocada por la accionante, a pesar de haberse configurado la carencia actual de objeto por daño consumado, dadas las trabas administrativas a las que fue sometida S., que la afectaron gravemente a ella y a su núcleo familiar, de conformidad con lo establecido en esta providencia; ordenar a la Nueva EPS que en futuras ocasiones se abstenga de incurrir en conductas que supongan la imposición de barreras administrativas sobre los pacientes y que prolonguen su sufrimiento; ordenar a MinSalud que, en el término de treinta (30) días contados a partir de la notificación de esta sentencia, inicie las gestiones pertinentes para: (i) adoptar las medidas necesarias para garantizar el efectivo cumplimiento y la correcta implementación de la Resolución 1216 de 2015, iniciando por la creación de un mecanismo eficaz mediante el cual tenga conocimiento de todos los casos de muerte digna desde el mismo momento en que el paciente lo solicite, y las demás medidas que estime pertinentes; y (ii) gestionar lo necesario para que todas las EPS e IPS del país emitan una carta de derechos para los pacientes en las que se ponga en conocimiento público de los usuarios del sistema de salud sus derechos y deberes en lo concerniente al derecho fundamental a morir dignamente; y reiterar el exhorto al Congreso de la República para que proceda a regular el derecho a morir con dignidad.

Hasta las anteriores sentencias, se tenía claro y despejado el derrotero para acceder a la eutanasia en los mayores de edad, pero, no había hasta el momento ningún antecedente para la práctica de dicho procedimiento en menores de edad, hasta que la Corte Constitucional expide la Sentencia T-544 de 2017, en donde Irene y Alfredo (nombres ficticios), presentan acción de tutela contra Salud EPS por su silencio ante solicitud de valoración para realización de la eutanasia a su hijo Francisco (nombre ficticio), presentada el 06 de octubre de 2016. El menor tenía 13 años y diferentes diagnósticos, entre ellos parálisis cerebral infantil

espástica secundaria a hipoxia neonatal, epilepsia de difícil control, reflujo gastroesofágico severo y retraso mental severo. Ante las patologías mencionadas, el menor sufre síntomas frecuentes y severos de dificultad respiratoria y dolores permanentes; siendo tratados tardíamente por la EPS, aumentando su dolor y sufrimiento. Finalmente, el menor muere el 15 de marzo de 2017 por complicaciones de sus patologías de base.

En esta sentencia, la Corte resalta que los niños, niñas y adolescentes¹⁸ como sujetos de derechos es reciente y sus principios centrales se encuentran en la Convención Internacional sobre Derechos de los niños como la igualdad y no discriminación, el interés superior de los niños, la efectividad y prioridad absoluta, y, la participación solidaria; siendo estos elementos plasmados en la Constitución¹⁹, y la Ley 1098 de 2006²⁰ (Código de Infancia y Adolescencia). Por

¹⁸ En adelante entiéndase NNA

¹⁹ **ARTICULO 44.** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

²⁰ **ARTÍCULO 7o. PROTECCIÓN INTEGRAL.** Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el **reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos**, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

ARTÍCULO 8o. INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que **obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.**

ARTÍCULO 9o. PREVALENCIA DE LOS DERECHOS. En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, **prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona.**

En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente.

ARTÍCULO 17. DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.

La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la

tanto, sí al resolver un caso concreto pueden resultar afectados los derechos de NNA, al emitir la decisión se debe apelar al principio de primacía de su interés superior. Cuando no sea claro cómo se satisface dicho interés, se deben presentar las consideraciones fácticas y jurídicas necesarias con base en los criterios jurisprudenciales establecidos, bajo la comprensión del margen de discrecionalidad de los funcionarios administrativos y judiciales que adelantan la labor de protección de NNA.

En este caso en concreto, la Corte precisó que el derecho a la muerte digna no solo comprende el acto médico de la eutanasia, sino que para su efectividad abarca también el trámite oportuno y expedito de las solicitudes elevadas por los pacientes dirigida a obtener la garantía del derecho en mención. El trámite de la petición no necesariamente conlleva la práctica del procedimiento si se determina que no concurren los requisitos, pero desde el momento en el que el paciente o, como sucedió en este caso, sus representantes expresan la intención de ejercer el derecho, su garantía demanda una atención seria, integral y expedita de la solicitud.

La ausencia de una regulación sobre el derecho fundamental a morir con dignidad en NNA hace evidente un gran vacío normativo, que requiere con urgencia una intervención de las diferentes instituciones para lograr llenar ese agujero y abrir la oportunidad de acceso a los NNA a la muerte digna, evitando así de que continúen siendo víctimas de tratos crueles e inhumanos derivado de la negación de sus derechos. Por consiguiente, ordena al MinSalud en un término de cuatro meses expida una resolución para la conformación de comités interdisciplinarios para garantizar la eutanasia en NNA, así mismo en término de un año, presente un proyecto de ley para la regulación de la muerte digna en adultos y NNA, y se exhorta nuevamente al Congreso legislar sobre la muerte digna.

Las anteriores sentencias trataban del derecho a morir con dignidad mediante el procedimiento de la eutanasia en adultos y NNA, sin embargo, existía un vacío jurídico con respecto a las personas que no estaban en capacidad de tener autonomía en su toma de decisiones, como puede pasar en personas en coma o interdicción, por lo tanto, mediante la Sentencia T-721 de 2017 se aborda este

concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, **acceso a los servicios de salud**, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.

ARTÍCULO 27. DERECHO A LA SALUD. Todos los niños, niñas y adolescentes **tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.**

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación. Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.

tema; en donde la señora S.F.R., actuando en calidad de representante legal de L.M.M.F., el 18 de noviembre de 2016, instauró acción de tutela contra FAMISANAR E.P.S., por la presunta violación a los derechos fundamentales a una muerte digna, al debido proceso administrativo y al derecho de petición, los cuales consideró vulnerados por esta entidad por no realizar el procedimiento de eutanasia a su hija, padeciendo la anterior, de epilepsia tratada quirúrgicamente quedando posteriormente en estado vegetativo permanente, una discapacidad mental absoluta que requiere cuidados continuos de terceros, deteriorando a la familia física, moral, espiritual y socialmente, llevándolos a vivir una vida indigna.

En primera instancia se amparó el derecho fundamental a la muerte digna, la EPS e IPS impugnaron el fallo; en segunda instancia se emite fallo revocatorio del anteriormente dictado; la paciente fallece el 18 de septiembre de 2017. En la Sala de Revisión de la Corte Constitucional, el magistrado sustanciador solicita algunas pruebas y conceptos expertos en la materia; al analizar todo el conjunto de pruebas y conceptos, se da cuenta que se evidencian fallas en el derecho a la muerte digna en sus tres dimensiones (limitación de esfuerzos terapéuticos, cuidados paliativos y eutanasia), encontrando falencias en el reconocimiento del consentimiento sustituto, inobservancia del debido proceso en los trámites para acceder al derecho a la muerte digna, y falta de acompañamiento efectivo psicológico a la paciente y su familia durante todo el proceso.

La Alta Corte advierte con preocupación, que la acción de tutela se ha convertido en una etapa más a agotar dentro del trámite que se imparte a las solicitudes encaminadas a garantizar la muerte digna de una persona, pese a las normas y fallos emitidos en torno de la protección de este derecho fundamental, y, para contrarrestar tal irregularidad, emitirá una serie de órdenes en procura de revertir este proceder contrario a la Constitución. Por tanto, ordena a MinSalud adecuar y regular el trámite de consentimiento informado encontrado en la Resolución 1216 de 2015, así mismo, regule el trámite a seguir cuando: **a.** Se advierta por el médico tratante la necesidad de convocar al Comité de Ética Hospitalaria, con el fin de evaluar la salud del paciente, el manejo terapéutico y las consecuencias del mismo, en observancia del mejor interés de éste; **b.** el paciente exprese su voluntad de no continuar con el tratamiento o, por sí mismo o por interpuesta persona, solicite la limitación del esfuerzo terapéutico o la readecuación de las medidas asistenciales. En todo caso deberá contemplarse, entre otros elementos mínimos: plazos para emitir una respuesta, consentimiento sustituto y acompañamiento constante e integral para el paciente y su familia. Por último, exhorta nuevamente al Congreso de la República regule el derecho a morir con dignidad.

La última sentencia sobre el tema fue la Sentencia 060 de 2020, en donde la señora Carmen Diana Vélez Calle (hija), en calidad de agente oficiosa de su progenitora, señora María Liria Calle viuda de Vélez (madre), formuló acción de tutela contra Coomeva EPS, el Grupo Operador Clínico Hospitalario por

Outsourcing SAS y la Clínica Los Rosales, por la presunta vulneración de su derecho fundamental a morir dignamente; basándose en que la señora María, quien tiene 94 años de edad, desde hace varios años se encuentra postrada en una cama con múltiples y graves padecimientos de salud que le causan gran dolor y le impiden interactuar con el medio, sin que exista alguna esperanza de recuperación. Por lo anterior, su hija solicita ante Coomeva EPS se procediera a conformar el comité científico interdisciplinario a efectos de que a su progenitora se le garantizara el derecho a morir con dignidad; la respuesta de las IPS e EPS fue que no conformaría el comité hasta que no contara con el documento de voluntad anticipada de la paciente o el consentimiento sustituto; la hija alega que de acuerdo con las sentencias T-970 de 2014 y T-721 de 2017, es válido que la familia del paciente otorgue el “consentimiento sustituto”, por lo cual ella “pretende, en favor de su madre, y por ser la única familiar a cargo, hacer uso del ‘consentimiento sustituto’” y que se le exima de presentar el documento de voluntad anticipada.

En primera instancia se negó el amparo invocado, al no tratarse de una enferma terminal, no procedía el consentimiento sustituto de la familia, que en este caso sería el dado por la hija única que obra como agente oficiosa. En tal sentido, bajo la premisa de que los requisitos deben darse conjuntamente, concluyó que no había lugar a acceder a la pretensión de ordenar la conformación del comité científico interdisciplinario y la iniciación del protocolo para la muerte digna de la señora María Liria Calle viuda de Vélez. En segunda instancia se confirmó íntegramente la decisión del a quo.

En el caso concreto, la Alta Corte concluye, si bien la señora María Liria Calle viuda de Vélez se encuentra aquejada por diferentes patologías y que, desde luego, su avanzada edad y su discapacidad hacen su salud aún más frágil, no se dan las condiciones para que se ordene llevar a cabo el procedimiento que anticipa su muerte, en tanto no se trata de una paciente en estado terminal y, en todo caso, se encuentra recibiendo atención permanente en salud por diferentes especialidades, así como los cuidados paliativos encaminados a garantizarle la mejor calidad de vida posible, pese a las limitaciones propias de su estado crónico. Recuerda, que la eutanasia es una de las dimensiones del derecho a morir dignamente, pero no la única.

A juicio de la Sala, en esta oportunidad la forma de garantizar el derecho a morir dignamente a la señora María Liria Calle viuda de Vélez no se concreta necesariamente precipitando su muerte, sino aliviando su sufrimiento y garantizándole un cuidado óptimo e integral, el mayor grado de bienestar y las mejores condiciones de vida posibles en lo que le reste de existencia; por lo tanto, decide confirmar la sentencias proferidas en las instancias anteriores, reitera a MinSalud en el término de cuatro (4) meses, contado a partir de la notificación de esta sentencia, proceda a reglamentar las condiciones de viabilidad del consentimiento sustituto en el ámbito del derecho a morir dignamente, en los

eventos en que (i) el paciente se encuentre en incapacidad legal o bajo la existencia de circunstancias que le impidan manifestar su voluntad, y (ii) se carezca de un documento formal de voluntad anticipada, teniendo en cuenta para el efecto las distintas dimensiones del mencionado derecho fundamental, así como las pautas y los criterios desarrollados por la jurisprudencia constitucional, y nuevamente reiterar el exhorto al Congreso de la República efectuado por esta Corporación en las sentencias C-239 de 1997, T-970 de 2014, T-423 de 2017, T-544 de 2017 y T-721 de 2017, para que proceda a regular el derecho fundamental a morir dignamente, teniendo en cuenta las pautas y los criterios desarrolladas por la jurisprudencia constitucional.

Como se citó anteriormente, en las sentencias T-970 de 2014 y T-544 de 2017, la Corte Constitucional ordena a MinSalud expedir resoluciones para la conformación de comités interdisciplinarios para garantizar la eutanasia en adultos y NNA. Por ese motivo, el ministerio expide las resoluciones 1216 de 2015, 0971 de 2021 y 825 de 2018 que imparten unos procedimientos para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia; las primeras están dirigidas a los mayores de edad y la última encaminada a los menores de edad; se podrá apreciar algunas similitudes al momento de presentar la solicitud, pero también hay grandes diferencias con respecto a la aceptación de la solicitud del paciente menor de edad; aunque el derecho solicitado es el mismo, pero por tratarse de menores de edad la solicitud requiere mayor rigurosidad para avalar su procedimiento, teniendo en cuenta que es deber de todos proteger a estos menores, garantizándole, respetándole, y haciendo eficaces sus derechos. Se advierte que en la Resolución 1216 de 2015, MinSalud usa el derecho a morir con dignidad como sinónimo de eutanasia, incurriendo en un error, que se “corrige” en la Resolución 825 de 2018 en donde si bien se menciona nuevamente el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad en NNA, hace la distinción de las tres esferas que hace parte de este derecho fundamental y las separa procedimentalmente; lógicamente en la Resolución 0971 de 2021 se continua con la diferenciación de eutanasia y derecho a morir con dignidad.

Toda la normatividad y jurisprudencia anterior nos resalta que la muerte es un proceso normal y biológico que puede ocurrir en cualquier momento de la vida y por lo tanto debemos afrontarla respetando la dignidad humana, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad de cada individuo, para que sea éste el que decida de qué forma enfrentara a la muerte, y no ser una imposición estatal con la excusa de obligatoriedad de preservar la vida de sus habitantes.

La eutanasia es un tema que se ha planteado no solamente a nivel nacional, sino que también a nivel internacional, por lo tanto, debemos referirnos a los otros países en donde el procedimiento de la eutanasia y/o el suicidio asistido se han legalizado, refiriendo cada caso individualmente:

Holanda: como no hablar del primer país en legalizar la eutanasia, se hizo el 01 de abril de 2002 después de una tolerancia y aceptación social progresiva a este procedimiento que se remonta a 1973 donde la Corte Suprema de Justicia estableció los requisitos para su realización como la voluntad permanente del paciente y que esté afectado por una enfermedad terminal con un sufrimiento insoportable. En 2001 se modifica un artículo del código penal quedando así:

“Art. 293: El que disponga de la vida de otro, respondiendo a una petición seria y explícita de éste, será castigado con pena de cárcel de hasta 12 años y multa. No será punible si la acción la ha llevado a cabo un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal.”

Abriendo esta modificación a la legalización en el 2002. dando los criterios para la realización de la eutanasia, siendo los siguientes:

- Que el paciente se encuentre en una situación médica delicada, donde ya no existan procedimientos médicos u otras alternativas para la mejora de esta.
- Padecer dolores o sufrimientos insoportables.
- El médico tratante debe contar con la opinión de otro profesional que también conozca el caso o trate al paciente con el fin de que este dé su diagnóstico.
- Los menores de edad, desde los 12 hasta los 17 años, pueden acceder a la misma, siempre y cuando se cuente con la aprobación de los padres.

Bélgica: en mayo de 2002 se despenaliza la eutanasia aprobando la ley relativa a la eutanasia y cuidados paliativos, exigiendo los siguientes requisitos para su realización:

- El paciente debe ser mayor de edad, capaz y encontrarse consciente de la petición.
- Solicitarla de manera voluntaria. Esto con base en los dictámenes médicos que conozca sobre su estado de salud y en lo informado por el médico sobre su esperanza de vida.
- La petición debe ser presentada por escrito.
- Es necesario que el médico que atiende al paciente consulte la opinión de otro médico especialista y del equipo médico del paciente.

- Se debe verificar que no exista otra solución para el estado del paciente, que no exista cura posible para el padecimiento del paciente.
- El médico que aplica la eutanasia debe ser belga.

Como no se modificó el Código Penal belga, el médico que realiza la eutanasia tiene cuatro días para presentar un informe al Comité Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia para poder soslayar las consecuencias penales de este procedimiento.

En 2014 se aprueba la realización de la eutanasia en NNA, aumentando los requisitos como la autorización o permiso de sus padres o representantes legales, un dolor intenso evidente y un pronóstico de vida de corto plazo.

España: el último País en sumarse a la realización de la eutanasia, lo hizo mediante la Ley Orgánica 3 de 2021 cuyo objeto es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse, y determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley. Se aplicará a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. Para acceder al procedimiento se debe cumplir unos requisitos que son:

- Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.
- Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente,

podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

- Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico responsable.
- Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Otros países que han legalizado la eutanasia son Luxemburgo, Canadá y Nueva Zelanda, mientras que el suicidio asistido está legalizado en Suiza, Alemania, Japón, Estados Unidos (Oregón, Washington, California, Colorado, Hawái, New Jersey, Vermont, Montana y Distrito de Columbia y Maine), Australia (Estado de Victoria).

Ahora bien, hasta este momento se ha mencionado la muerte digna y al procedimiento de la eutanasia, sin embargo, no se ha tocado la responsabilidad civil de las personas jurídicas, teniendo esto un peso importante en el documento, por consiguiente, debemos abordar este tema de una forma tan clara como se intentó hacer con la eutanasia.

Para comenzar con un tema tan amplio y complejo, es necesario mencionar que el humano siempre ha buscado reparar el daño sufrido y si este es causado por un tercero por acción u omisión, esa necesidad de reparación se aumenta. Es por eso, que desde la antigua Roma se toma un precepto más moral que jurídico en donde se afirmaba la obligación de resarcir los daños causados de manera injusta (regla *alterum non laedere*), solo en aquellos casos en donde se comprobara dolo en situaciones casuísticas y típicas (contrato y delito), dejando por fuera a la culpa como tenemos en la actualidad.

En la edad media se suma a los contratos y delitos, los cuasicontratos y cuasidelitos, ampliando las fuentes de obligaciones; estableciendo el principio de que un daño cualquiera causado por una culpa cualquiera da lugar a reparación llegando al concepto en la actualidad que todo daño con culpa debe ser resarcido.

Esa responsabilidad se puede dividir en dos categorías siendo estas la responsabilidad contractual y la responsabilidad extracontractual teniendo cada una sus diferencias. La primera hace referencia a la existencia de un pacto o contrato antes del perjuicio o daño entre la víctima y el causante de ese daño, teniendo como características que en el contrato pueden existir cláusulas de exoneración de responsabilidad, se requiere de la capacidad de las partes para poder perfeccionar el contrato, la carga de la prueba de la culpa debe hacerse por

parte del deudor quien debe mostrar la ausencia de culpa porque por incumplimiento del contrato se infiere una presunción de *culpa debitoris* (actualmente no es absoluto), la prescripción para la acción de reparación del daño proveniente del incumplimiento del contrato va a variar dependiendo del tipo de contrato (seguro, servicio, arrendamiento). La segunda responsabilidad se refiere a cuando no existe un pacto o contrato previamente al perjuicio entre la víctima y el causante del daño, en esta categoría no existe acuerdos de exoneración de responsabilidad, la capacidad no es importante porque se puede reclamar incluso de acciones de menores de edad o incapaces, la víctima es quien debe demostrar la culpa del acusado del daño (aunque se puede cambiar la carga de la prueba en algunos casos), la prescripción para la acción de reparación del daño proveniente de un tercero responsable es de tres años en la culpa indirecta (artículo 2358²¹ Código Civil), o de diez años en la culpa directa (artículo 2536²² Código Civil).

Para determinar la responsabilidad civil, el nexo causal se ha constituido en la piedra angular para definir la obligación de resarcir el daño o no, siendo este elemento el enlace de los otros como lo son el hecho culposo y el daño causado, sin olvidar un cuarto elemento como lo es el factor de imputación. Como explica Corcione (2006) se han usado diversas teorías para explicar el nexo causal entre ellas tenemos:

Teoría de la equivalencia de condiciones. Esta teoría supone que la ocurrencia de un fenómeno o consecuencia está precedida de varias causas, las cuales tienen el mismo valor en la producción del daño. Por tanto, cuando se tiene un daño, para saber cuál fue la causa verdadera que la produjo, se eliminan mentalmente cada una de las causas posible, y cuando se suprime mentalmente un hecho que hace que el daño no se produzca, se llega a la causa verdadera. Esta teoría permite que se configure una concurrencia de causas, ello es, que un mismo daño pueda haberse configurado por múltiples razones, caso en el cual cada uno de los autores del hecho responderá solidariamente.

²¹ **Artículo 2358.** Las acciones para la reparación del daño proveniente de delito o culpa que puedan ejercitarse contra los que sean punibles por el delito o la culpa, se prescriben dentro de los términos señalados en el Código Penal para la prescripción de la pena principal. Las acciones para la reparación del daño que puedan ejercitarse contra terceros responsables, conforme a las disposiciones de este capítulo, prescriben en tres años contados desde la perpetración del acto.

²² **Artículo 2536.** La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10). La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco (5). Una vez interrumpida o renunciada una prescripción, comenzará a contarse nuevamente el respectivo término.

Teoría de la causa próxima. Según esta sólo la causa más próxima es la verdadera generadora del daño, por tanto, esta teoría no permite la existencia de concurrencia de causas.

Teoría de la causalidad adecuada. Según esta, es necesario primero identificar todas las causas *sine qua non* hay producción del daño y una vez ello se realice, debe hacerse un juicio de probabilidad en abstracto, teniendo en cuenta reglas de la experiencia, para establecer si es normal que la conducta realizada pueda producir el daño ocasionado.

Teoría de la imputación objetiva. Esta advierte que la causalidad no es un problema jurídico sino, de hecho. Esta teoría parte de la condición *sine qua non*, por lo que en una fase inicial se debe hacer una operación similar a la de la teoría de la equivalencia de condiciones. Una vez realizado lo anterior, se debe mirar una serie de criterios que llevan a que no se impute la conducta a la persona como lo son los siguientes: a) Criterio de adecuación: Se hace un juicio de valor *ex ante* en donde solo se imputará el daño a aquella persona cuya conducta resulta muy probable como causa del daño; b) El riesgo general de vida: En toda sociedad hay unos riesgos permitidos inherentes a la existencia de la sociedad y al momento histórico; c) Prohibición de regreso: según este criterio a una persona no le es imputable el daño, cuando con su conducta concurren causas anormales o extravagantes que llevan a la generación de éste; entre otras.

La Corte Suprema de Justicia²³ ha usado con más frecuencia en sus últimas jurisprudencias la Teoría de Causalidad Adecuada, que como se puede inferir ha tenido sus críticas en la dificultad que existe en la claridad en establecer el vínculo causal entre el perjuicio y la acción del sindicato, especialmente si el daño se ha producido a un bien fundamental.

Como consecuencia, la CSJ mediante providencia SC 13925 de 2016 decide un recurso extraordinario de casación interpuesto por los familiares de una paciente que falleció por un diagnóstico y manejo inadecuado (según la demanda), por parte de las IPS que la valoraron y atendieron; buscando que se declararan responsables de la muerte de su familiar a estas entidades. En cuanto a los hechos, el 29 de mayo de 2002 la víctima acude al servicio de urgencias por un fuerte dolor abdominal y calambres en miembro inferior derecho, se diagnostica cólico menstrual que se maneja con líquidos endovenosos y analgesia oral, con posterior egreso. Al día siguiente regresa al servicio de urgencias, se toman laboratorios y se da diagnóstico de infección urinaria (en la sentencia no mencionan si se da tratamiento o no para la patología), con posterior egreso; al siguiente día nuevamente acude a la IPS por el dolor abdominal que había aumentado, el médico de urgencias le explica que ese dolor era por su dispositivo intrauterino le formula (no detallan que tipo de fármaco), y le da egreso

²³ En adelante entiéndase CSJ

nuevamente; al otro día (2 de junio) ingresa nuevamente al servicio de urgencias donde es valorada por el médico de turno encontrándole un abdomen agudo, es llevada a cirugía en donde encuentran una apendicitis aguda con absceso y peritonitis localizada, signos de irritación peritoneal y abundante salida de secreción purulenta fétida. Se hospitaliza por siete días y se decide dar salida (9 de junio), formulada con acetaminofén; el 12 de junio es valorada posquirúrgicamente encontrándola en buenas condiciones, el 15 de junio presenta vomito abundante, fiebre alta (no se cuantifica), dolor abdominal y calambres en miembros inferiores, es trasladada por sus familiares al servicio de urgencias en donde se le practican múltiples cirugías (cinco en total sin especificar de qué tipo), requiriendo posteriormente a cada intervención UCI; fallece el 23 de junio de 2002 por choque séptico.

En primera y segunda instancia se negó las pretensiones de los demandantes arguyendo que la víctima fue atendida oportunamente y conforme a la *lex artis*. La Sala de Casación Civil de la Alta Corte encuentra la errónea valoración del acervo probatorio del Tribunal por no tener en cuenta los diferentes hechos y omisiones de las IPS desde el primer día de la atención en urgencia hasta su fallecimiento, como la historia clínica, exámenes, dictámenes periciales, entre otros; por tanto, casó la sentencia proferida por el Tribunal Superior del Distrito de Medellín del 13 de diciembre de 2012, y dictó sentencia sustitutiva.

En las consideraciones de la sentencia, la CSJ enuncia los elementos de la responsabilidad civil para que la ley ampare el resarcimiento del daño a la víctima como lo son: I. Daño jurídicamente relevante, II. Atribución del daño a un agente y III. Conducta jurídicamente reprochable. Por tal motivo, si el daño es causado por un tercero, la responsabilidad trata de cargar el perjuicio sufrido por la víctima a una persona que queda obligada a indemnizar las pérdidas antijurídicas que se le atribuyen, debido a la exigencia general de respeto y conservación de la esfera de derechos ajenos. La responsabilidad civil, por tanto, tiene por finalidad imponer a un agente la obligación de resarcir el daño que se le imputa cuando están presentes ciertas circunstancias preestablecidas en el ordenamiento jurídico (imputación normativa).

No cualquier perjuicio se debe resarcir, el daño debe ser a un bien jurídico que goza de protección constitucional o legal, facultando a su titular la indemnización por vía judicial; por lo tanto, el concepto de daño debe estar en el sistema jurídico para considerarse como tal. Para el derecho civil, un derecho fundamental es un bien jurídico que goza de protección por el ordenamiento positivo, por lo que posee contenido sustancial y su quebranto apareja la consecuente indemnización de perjuicios debido al postulado general de no causar daño a la persona o los bienes ajenos. Contrario a los que muchos piensan, la responsabilidad civil no solo está circunscrita al patrimonio, sino que también están presentes intereses superiores de los ciudadanos protegidos por la Constitución o tratados

internacionales, llevando a un resarcimiento en virtud del principio de reparación integral de perjuicios.

Ese daño jurídicamente relevante debe ser producido por un sujeto que por su acción o inactividad (hecho causa), se ha producido ese perjuicio (hecho resultado); genera una consecuencia jurídica dando origen a la responsabilidad extracontractual (hecho jurídico). Durante este proceso se debe buscar el nexo de causalidad de la conducta del sujeto que produjo el daño, buscando no un nexo natural sino más bien un nexo causal jurídico. Lo anterior en contexto del principio de causalidad y el de razón suficiente, donde el primero busca el origen material de un hecho (relación causalidad), mientras que el segundo se pregunta si el resultado puede ser atribuido a una acción dentro de un marco de valores preestablecidos (explicaciones de razón).

La falta de prudencia o moderación es el obrar por defecto o por exceso: por defecto, cuando se incurre en desidia, descuido, negligencia, ignorancia, despreocupación o impericia; por exceso, cuando se actúa con precipitación, impertinencia, necedad, atrevimiento, temeridad, indiscreción, insensatez, irreflexión o ligereza. La inobservancia de reglas o normas preestablecidas de conducta es imprudencia *in re ipsa*, es decir que implica un juicio automático de culpa cuando tiene una correlación jurídica con el daño resarcible (imputación normativa).

La culpa como falta de prudencia, en suma, es meramente pragmática en la medida que se basa en la experiencia de lo que en cada caso concreto resulta más eficaz para impedir la producción de los daños, es decir, es la facultad de autocontrol del sujeto. Tal factor de reproche, en sentido normativo, es el producto de la confrontación del resultado acaecido con el resultado que se exige al sujeto como destinatario de las reglas de conducta de cada ámbito social o profesional.

Ahora bien, hasta este momento la culpa de las personas jurídicas era directa, teniendo su fundamento jurídico en el artículo 2341 del Código Civil, pero en esta misma sentencia la CSJ refiere que:

Los seres humanos son sistemas psíquicos, las personas jurídicas estructuradas en forma de organizaciones son sistemas compuestos por personas naturales, pero no son únicamente una suma o agrupación de personas naturales. De hecho, los sistemas organizativos se definen a partir de su diferenciación con el entorno y con los elementos que los conforman; por ello sus procesos, actuaciones, métodos, estructuras y fines no son los mismos ni coinciden con los de sus miembros o elementos.

De ahí que en tratándose de la responsabilidad de las personas jurídicas constituidas en forma de sistema, como lo son las entidades de la seguridad social en salud, lo primero que hay que hacer es adentrarse en el análisis del funcionamiento y estructura de dicho sistema, pues es la única forma de establecer el origen de la responsabilidad, su fundamento y los límites entre la

responsabilidad del ente colectivo y la de cada uno de sus miembros. (Corte Suprema de Justicia, SC13925-2016, p. 52)

Con lo anterior la CSJ crea el concepto de responsabilidad sistémica de las personas jurídicas o culpa organizacional, alejándose de la postura de la responsabilidad por la *culpa in vigilando* y aceptando la *culpa in operando*, como se aprecia a continuación:

Es más, ni siquiera en todos los casos es exigible la falta de cuidado atribuible a una persona natural determinada, porque lo que realmente interesa para efectos de endilgar responsabilidad directa al ente colectivo es que el perjuicio se origine en los procesos y mecanismos organizacionales constitutivos de la culpa in operando, es decir que la lesión a un bien jurídico ajeno se produzca como resultado del despliegue de los procesos empresariales y que éstos sean jurídicamente reprochables por infringir los deberes objetivos de cuidado; lo cual no sólo se da en seguimiento de las políticas, objetivos, misiones o visiones organizacionales, o en acatamiento de las instrucciones impartidas por los superiores.

Las funciones de un sistema dependen de su estructura y organización, y atienden a las condiciones de la realidad, por lo que son contingentes y variables según las circunstancias particulares de las empresas, lo que permite atribuir responsabilidad a la persona jurídica de conformidad con los fines implícitos en cada proceso, los flujos de comunicación de los distintos elementos, los factores de decisión y la ejecución de las técnicas de producción o prestación del servicio. El diseño organizativo está profundamente afectado por la tecnología que utiliza la organización, siendo una especie de esta tecnología el conocimiento que tienen las personas naturales que forman parte de la empresa. (Corte Suprema de Justicia, SC13925, 2016, p. 58)

En cuanto la responsabilidad civil de las entidades del sistema de seguridad social en salud refiere:

De ahí que tanto las entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud como los profesionales que fungen como agentes suyos, están cada vez más inmersos en un contexto de responsabilidad, porque entre mayor es el saber científico, la actualización de los conocimientos, el poder de predicción de los resultados y el dominio de las consecuencias se incrementa el grado de exigencia ética y jurídica que se hace a las empresas y agentes prestadores del servicio de salud. (Corte Suprema de Justicia, SC13925-2016, 2016, p. 62)

5. RESULTADOS

5.1 CONCEPTOS

Como es importante conocer adecuadamente cada concepto que se emplea en la normatividad y jurisprudencia, a continuación, se exponen las definiciones sugeridas para lograr entender plenamente este documento y lograr cumplir su fin.

5.1.1 Enfermo en fase terminal

Es todo aquel que portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces²⁴.

Como la anterior definición no da un tiempo cuantitativo a la expresión “breve”, recurrimos a la definición del Protocolo para la aplicación del procedimiento de la eutanasia en Colombia 2015²⁵, en donde define que un enfermo terminal es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

Cualquier definición anterior es correcta siempre y cuando a la primera lo “breve” se sobreentienda a un lapso de tiempo inferior a 6 meses. También es importante explicar que lo ya mencionado aplica no solo a las patologías oncológicas (más comunes en solicitar eutanasia), sino que también a las no oncológicas.

Se anexa a las anteriores, la definición de la Resolución 0971 de 2021, en donde cita que la enfermedad terminal es una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico - psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

²⁴ Ley 1733, 2014, artículo segundo

²⁵ En adelante entiéndase PAPEC

5.1.2 Enfermedad crónica, degenerativa e irreversible

Es aquella que es de larga duración, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma adecuada por un médico experto. (Ley 1733, 2014, artículo tercero).

5.1.3 Agonía

Situación que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognoscitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o días²⁶.

5.1.4 Derecho fundamental a morir con dignidad

Facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte. Este derecho no se limita a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

5.1.5 Cuidados paliativos

Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada²⁷, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor de calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal²⁸.

²⁶ Resolución 0971, 2021, artículo tercero

²⁷ Ibid

²⁸ Ley 1733, 2014, artículo cuarto

5.1.6 Sedación paliativa

Disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los medicamentos adecuados con el objetivo de evitar sufrimiento causado por uno o más síntomas refractarios en aquellos pacientes diagnosticados con enfermedad terminal.

5.1.7 Homicidio por piedad

El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable²⁹.

5.1.8 Suicidio asistido

Producción voluntaria de la propia muerte a través de la toma de medicamentos en dosis letal y hay cooperación por parte de un tercero ya sea para el suministro del medicamento o para ayudar a la ingesta de este.

5.1.9 Adecuación de los esfuerzos terapéuticos (AET)

Limitación del esfuerzo terapéutico, reorientación terapéutica o proporcionalidad terapéutica: Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para esta.

La AET supone la retirada o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos³⁰.

²⁹ Ley 599 de 2000, artículo 106

³⁰ Resolución 0971, 2021, artículo tercero

5.1.10 Enfermedad incurable avanzada

Aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionara hacia la muerte a mediano plazo. (Resolución 0971, 2021, artículo tercero)

5.1.11 Eutanasia

Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma³¹.

5.1.12 Solicitud de eutanasia

Expresión, verbal o escrita, realizada por un paciente que desea adelantar el momento de muerte al encontrarse frente a sufrimiento provocado por una condición clínica de fin de vida. La solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. El documento de voluntad anticipada se considera una forma válida de expresión de la solicitud de eutanasia³².

5.1.13 Consentimiento informado

Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial.

Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre las beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. El consentimiento informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico, y se da como resultado de un proceso de comunicación, donde el médico y el equipo interdisciplinario han dado información clara, objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse, a la persona que expresa la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma³³.

³¹ Resolución 0971, 2021, artículo tercero

³² Ibid

³³ Resolución 0971, 2021, artículo tercero

5.1.14 Objeción de conciencia

Derecho que tiene toda persona a no ser obligado a actuar en contra de sus convicciones, descansa en el respeto, en la coexistencia de las creencias morales de cada quien y se funda en la idea de la libertad humana como principio fundamental de la ética contemporánea. En estos términos, se concibe al hombre como sujeto moral, capaz de emitir un juicio sobre un determinado comportamiento. Por ello, la libertad de conciencia incluye la facultad de emitir juicios morales internos y de actuar conforme a ellos³⁴.

5.1.15 Documento de voluntad anticipada (D.V.A)³⁵

Documento en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus capacidades legales y mentales y como previsión de no poder tomar tal decisión en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretenda prolongar su vida³⁶.

5.2 LAS EPS E IPS

La Ley 100 de 1993 introdujo un sistema de seguridad social integral mediante el aseguramiento (salud y riesgos laborales), fundada bajo los principios (encontrados en su artículo 153 modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011), como son de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad; teniendo como fin de garantizar el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, buscando el aseguramiento de todos los habitantes del territorio nacional, intentando solucionar la baja cobertura, mal servicio y especialmente la inequidad en la que se encontraba la salud en Colombia.

Este gran sistema tiene subsistemas, uno de ellos es el SGSSS siendo un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, teniendo como función esencial buscar que los habitantes del territorio obtengan un aseguramiento de sus riesgos de salud, el acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de

³⁴ ROJAS, A. 2016. Sentencia SU-108/16

³⁵ En adelante entiéndase DVA

³⁶ Resolución 2665, 2018, artículo segundo

salud de calidad y los beneficios de la promoción y protección de la salud pública, para garantizar un acceso efectivo a los servicios de salud.

El Estado juega un papel importante especialmente en la dirección, coordinación, vigilancia y control, y la reglamentación de la prestación de los servicios de salud (este último ítem es clave en nuestro trabajo), encontrándose lo anterior expresado en el artículo 49 de la Constitución y, por lo tanto, hace parte integral y obligatorio del Estado. En este artículo constitucional, los servicios de salud tienen un estatus de servicio público a cargo del Estado, estableciendo políticas para que las entidades privadas que prestan servicios de salud cumplan con los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia; organizándose en forma descentralizada y por niveles de atención, verbigracia, los centros de salud locales se consideran de primer nivel porque prestan un servicio básico y solo cuentan con médicos generales, laboratorio clínico básico y odontología general, en estos se pueden incluir todos los hospitales de los pueblos de la región; los de segundo nivel están mejor dotados y tienen como mínimo, anestesiología, cirugía general, medicina interna y gineco-obstetricia, cuentan con medicina general, laboratorio y odontología, en estos se pueden incluir los hospitales regionales (Departamento del Huila - Colombia) como la Empresa Social del Estado³⁷ Hospital Departamental San Antonio de Padua en La Plata y ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, ESE San Vicente de Paul en Garzón; los de tercer nivel se encuentran los hospitales de referencia o especializados, porque los pacientes de los hospitales regionales los remiten a estos, cuentan con un gran número de especialistas en varias áreas de la medicina (dermatología, nefrología, urología, neurocirugía, entre otros), unidades especiales (unidades de cuidados intensivos, unidades renales), laboratorios avanzados y tomas de imágenes (tomografía, resonancia nuclear, ecografías avanzadas), a nivel regional (Departamento del Huila - Colombia) están la Clínica Medilaser S.A, ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y Clínica Uros S.A.S; los de cuarto nivel son los hospitales altamente especializados en donde podemos encontrar médicos subespecialistas (mastólogos, retinólogos, endocrinólogo), las entidades mencionadas anteriormente tienen servicios de cuarto nivel.

Dentro de las instituciones o entidades que forman el SGSS están los organismos de dirección, vigilancia y control que para tener concordancia con lo anteriormente escrito, son órganos del Estado encontrándose los Ministerios de Salud y de Trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la SuperSalud; organismos de administración y financiación integrado por las EPS, las Direcciones Seccionales, Distritales Locales de Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía (sigla FOSYGA, en la actualidad se llama Administradora de los

³⁷ En adelante entiéndase ESE

Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud³⁸); las IPS públicas, mixtas o privadas; y otros (beneficiarios, trabajadores, COPACOS).

Se puede inferir entonces que las EPS e IPS hacen parte del SGSSS y fueron creadas a partir de la Ley 100 de 1993, en donde las EPS cumplen la función de afiliarse y registrar a sus usuarios, además de recaudar sus cotizaciones para contar con el capital necesario para contratar a las IPS, que son las encargadas de prestar *per se* los servicios de salud con calidad que requieran los afiliados, pacientes o usuarios de la EPS con los que han pactado.

En el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 se expresa taxativamente las funciones de las EPS, se mencionan sucintamente para saber la importancia de cada una de ellas; ser delegadas del ADRES para captación de aportes de los afiliados al SGSSS; promover la afiliación a población no cubierta; organizar y garantizar el acceso de sus afiliados a los servicios de salud y aceptar a toda persona que solicite afiliación; garantizar el libre acceso de sus afiliados a las IPS, remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación información actualizada de sus afiliados; y controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en sus IPS. Además, les da un campo de acción para garantizar el Plan Obligatorio de Salud –sigla POS, en la actualidad es llamado Plan Básico de Salud³⁹-, las EPS pueden prestar directamente o contratar los servicios de salud con las IPS o profesionales. Las EPS deben ofrecer alternativas a sus afiliados para escoger IPS.

Las prohibiciones de las EPS se encuentran en el artículo 183 de la ley ya mencionada, expresando que estas entidades no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario; así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.

Posteriormente, el Congreso de la República expide la Ley 1122 de 2007 y en su artículo 14 inicia resaltando que el aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el PBS. Las EPS que administran el régimen

³⁸ En adelante entiéndase ADRES

³⁹ En adelante entiéndase PBS

subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS'S).

Se adiciona además funciones a las EPS a las que tienen personas afiliadas al régimen subsidiado, dando prioridad para la afiliación a este régimen a las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales⁴⁰, buscando una ampliación de cobertura de afiliados y beneficios, incentivando a los niveles III del SISBEN a afiliarse al régimen contributivo, la prestación de los servicios estarán a cargo de las ESE del municipio, no habrá cobro de copagos o cuotas administradoras a los afiliados nivel I del SISBEN, la afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del ADRES, se hará a una EPS de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente periodo de traslado, en casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el PBS del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el ADRES, es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y la población reclusa del país se afiliará al SGSSS.

Agrega también en el artículo 23 de la misma ley, que las EPS del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente. Continúa en el artículo 25 inciso d, arguyendo que las EPS de los diferentes regímenes deberán garantizar a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia.

En cuanto a las IPS, sus funciones se encuentran en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993, siendo el primordial la prestación de servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados por las normas; teniendo como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre

⁴⁰ En adelante entiéndase SISBEN

IPS, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. La no discriminación de la atención de los usuarios por parte de las IPS está incluida en el artículo 188 de la Ley 100 de 1993.

Lo explicado con anterioridad sobre el funcionamiento de las EPS e IPS en el SGSSS, ayuda a entender el porqué de la responsabilidad civil por las posibles fallas en que incurrir estas instituciones al negar o alargar, un procedimiento tan básico como lo es la eutanasia, pues es de esa conducta antijurídica del ente que se menoscaba un bien ajeno llamado dignidad humana y muerte digna.

Es importante mencionar en este momento, que el derecho a la salud en los inicios de la Nueva Carta Política, no se consideraba un derecho fundamental, y por lo tanto para exigir su cumplimiento mediante la tutela se debía hacer una conexidad con un derecho fundamental, siendo el más usado el derecho a la vida (Sentencia T-494 de 1993/ Sentencia T-395 de 1998). A partir, de la Sentencia T-760 de 2008 el derecho a la salud se reconoce como fundamental, que se refuerza posteriormente con las Sentencia 1024 de 2010 y Sentencia T-206 de 2013. El legislador decreta la Ley Estatutaria 1751 de 2015, regulando el derecho fundamental a la salud, en su articulado se menciona el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable (artículo segundo⁴¹), la definición de sistema de salud (artículo cuarto⁴²), las obligaciones del Estado (artículo quinto), los elementos y principios del derecho fundamental a la salud (artículo sexto), los derechos y deberes de los usuarios (artículo decimo), los sujetos de especial protección (artículo onceavo), entre otros. En su artículo quince menciona que el sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

⁴¹ **Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

⁴² **Artículo 4. Definición de Sistema de Salud.** Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.

Ahora bien, en cuanto a las funciones, deberes y obligaciones de las EPS e IPS para garantizar la muerte digna mediante el uso de la eutanasia, MinSalud lo ha reglado mediante la expedición de resoluciones, como la Resolución 1216 de 2015⁴³, Resolución 825 de 2018⁴⁴, Resolución 229 de 2020⁴⁵ y Resolución 0971 de 2021⁴⁶, y el PAPEC; se tratará a continuación como estas entidades debían actuar frente a la solicitud de la eutanasia.

La Resolución 1216 de 2015 al ser la primera que emitía directrices para la conformación y funcionamiento del Comité Científico Interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad (ya resaltamos anteriormente que MinSalud usaba como símil de la eutanasia, el derecho a la muerte digna), expresaba quienes debían estar integrado estos comités con sus respectivas funciones, destacando que en su artículo quinto⁴⁷ establece que IPS deben conformar estos comités y que deben hacer si le solicitan la eutanasia y la institución no está obligada a conformar dicho comité. En el artículo doce⁴⁸ establece las funciones de las IPS

⁴³ “Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 de la honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”.

⁴⁴ “Por medio de la cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes”.

⁴⁵ “Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado”.

⁴⁶ “Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia”.

⁴⁷ **Artículo 5.** Organización de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad. Las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica o el servicio de atención institucional de paciente crónico o el servicio de atención domiciliaria para paciente crónico, que cuenten con los respectivos protocolos de manejo para el cuidado paliativo, conformarán al interior de cada entidad un Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, en adelante el Comité, en los términos previstos en la presente Resolución.

Parágrafo, La IPS que no tenga tales servicios deberá, de forma inmediata, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad Promotora de Salud -EPS- a la cual está afiliada la persona que solicite el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, con el propósito de que coordine todo lo relacionado en aras de garantizar tal derecho.

⁴⁸ **Artículo 12.** *Funciones de las IPS.* Son funciones de la IPS en relación con el procedimiento para morir con dignidad las siguientes:

12.1. Ofrecer y disponer todo lo necesario para suministrar cuidados paliativos al paciente que lo requiera, sin perjuicio de la voluntad de la persona.

12.2 Designar a los integrantes del Comité.

12.3. Permitir el acceso al Comité tanto a la documentación como al paciente para realizar las verificaciones que considere pertinentes.

12.4. Comunicarse permanentemente con la EPS.

12.5. Garantizar que al interior de la IPS existan médicos no objetores, de conformidad con la orden dada por el Comité, o permitir el acceso a quienes no sean objetores para la práctica del

frente al procedimiento de la eutanasia, en donde se les enuncia la importancia de la conformación y funcionamiento adecuado del comité, así como, la comunicación permanente con la EPS del paciente que solicita el procedimiento.

Más adelante en la misma resolución, se pauta las funciones de las EPS en relación con los comités (artículo trece⁴⁹) y sus pacientes (artículo catorce⁵⁰), resaltando la comunicación permanente con el comité, actuar con celeridad para garantizar el acceso a la eutanasia con acompañamiento médico y psicológico al paciente y su familia.

Para que la eutanasia que se realizara cumpliera unos pasos o guías, MinSalud crea el PAPEC en el 2015 y citando parte de su presentación:

MinSalud convocó en mayo de 2015 a los grupos académicos, las Sociedades Científicas, la Academia Nacional de Medicina, las

procedimiento. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, en ningún caso la IPS podrá argumentar la objeción de conciencia institucional.

12.6. Facilitar todo lo necesario para el funcionamiento adecuado del Comité.

12.7. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de éstos.

⁴⁹ **Artículo 13, Funciones de las EPS en relación con los Comités.** En relación con los Comités, las EPS tendrán las siguientes funciones:

13.1. Asegurar la comunicación permanente con los miembros del Comité para conocer las decisiones que se adopten.

13.2. Tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados.

13.3. Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

13.4. Garantizar el trámite para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad cuando el caso se presente en las IPS que no tengan los servicios de que trata el artículo 5 de la presente Resolución.

⁵⁰ **Artículo 14. Funciones de las EPS en relación con los pacientes.** Respecto de los pacientes, las EPS tendrán las siguientes funciones:

14.1. No interferir, en ningún sentido, en la decisión que adopte el paciente o de quienes estén legitimados, en caso del consentimiento sustituto, en relación con el derecho a morir con dignidad mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien.

14.2. Contar en su red prestadora de servicios con profesionales de la salud idóneos y suficientes para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

14.3. Garantizar durante las diferentes fases, tanto al paciente como a su familia la ayuda psicológica y médica, de acuerdo con la necesidad.

14.4. Garantizar toda la atención en salud derivada del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, atendiendo los criterios de que trata la sentencia T-970 de 2014.

14.5. Tramitar con celeridad las solicitudes de sus afiliados que pretendan hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

14.6. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de éstos.

Universidades, los grupos de estudio y trabajo en Bioética, organizaciones no gubernamentales y otros actores de la sociedad interesados en el derecho a la muerte digna a una profunda discusión que permitiera cumplir con las funciones señaladas en la Sentencia T-970 de 2014, en particular elaborar un protocolo clínico que sirva como guía y se convierta en el referente para los médicos ilustrando explícitamente las acciones conducentes a garantizar el procedimiento de eutanasia. Examinando de manera sistemática cuatro grandes temas íntimamente relacionados: la correcta definición de terminalidad, la medición del carácter irremediable e inevitablemente incurable del padecimiento, la verificación de la competencia mental y la preservación del juicio, así como los procedimientos más correctos y seguros que garanticen la muerte, en tiempo corto y sin sufrimiento. El tema se aborda desde una perspectiva social y profesional, sin perder de vista el eje fundamental que se centra en el derecho de los ciudadanos en Colombia a tener una muerte digna, mediante un proceso sistemático, metodológicamente válido y robusto y con la debida consideración de todos los antecedentes existentes en la voluminosa literatura revisada. Todas las contribuciones recibidas como producto de la reflexión de grupos o individuos fueron tenidas en cuenta como opiniones expertas y valoradas como tal⁵¹.

Queda bastante claro que el PAPEC buscó unificar los conceptos, criterios y procedimientos; para que la solicitud y realización de la eutanasia fuera guiada por parámetros científicos, basada en evidencia y experiencia, no solo de los que hicieron parte del consenso científico, sino que también de otros países.

Ante la necesidad social y la solicitud de la Corte Constitucional (Sentencia T 544 de 2017), MinSalud expide la Resolución 825 de 2018 en donde reglamenta el procedimiento de la muerte digna en NNA (esta vez se incluye a los cuidados paliativos y la eutanasia para acceder al derecho fundamental), indica (como en la sentencia anterior), que IPS deben conformar el Comité Científico Interdisciplinario para garantizar la muerte digna en NNA por medio de la eutanasia, encontrándose esta vez en el artículo 17⁵².

⁵¹ PAPEC, 2015, página 19

⁵² **Artículo 17.** Organización de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia para los casos de niños, niñas y los adolescentes. Las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- que cuenten con servicios con grado de complejidad mediana y alta conformarán, al interior de cada entidad, un Comité Científico-Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia para niños, niñas y adolescentes, en los términos previstos en la misma.

Parágrafo. Las IPS que no tengan tales servicios habilitados y reciban una solicitud para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad a través del procedimiento eutanásico deberá, de forma inmediata, poner en conocimiento dicha situación a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios -EAPB- a la cual está afiliado el niño, la niña o el adolescente que solicita el procedimiento, con el propósito de que coordine todo lo relacionado en aras de garantizar el derecho.

También en esta resolución, se establece las funciones de las IPS en relación de la muerte digna en NNA (artículo 26⁵³), distinguiéndose la conformación del comité, facilitar y garantizar el funcionamiento de este, comunicación continua con la EPS y la SuperSalud, la no objeción de conciencia institucional, reserva y confidencialidad de la información.

Igualmente, en su articulado trae las funciones de las EPS (artículo 27⁵⁴), teniendo relevancia la comunicación permanente con el comité e IPS, contar con

⁵³ **Artículo 26. Funciones de las IPS.** Son funciones de la IPS en relación con el procedimiento para morir con dignidad de niños, niñas y adolescentes las siguientes:

26.1 Ofrecer y garantizar los cuidados paliativos a los niños, niñas o adolescentes que lo requieran, sin perjuicio de su voluntad, en concurrencia con quien ejerza su patria potestad de acuerdo con lo previsto por el artículo 6 de la presente resolución.

26.2 Designar a los integrantes del Comité. La primera designación deberá realizarse dentro de los 60 días hábiles siguientes a la expedición del presente acto administrativo. En todo caso, si se recibe una solicitud antes del cumplimiento de ese término, deberán conformar inmediatamente el comité para el trámite de la solicitud.

26.3 Permitir a los integrantes del Comité el acceso al paciente, a su red de apoyo y a la documentación soporte, para que realice las verificaciones que considere pertinentes.

26.4 Comunicar tanto a la Superintendencia Nacional de Salud como a la EAPB en la que esté afiliado el niño, niña o adolescente, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, la petición presentada por el médico tratante ante el Comité.

26.5 Comunicar a la EAPB dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al pronunciamiento del comité, si esta validó o no el procedimiento eutanásico.

26.6 Garantizar la existencia de médicos no objetores para la práctica del procedimiento eutanásico. En ningún caso, la IPS podrá argumentar la objeción de conciencia institucional.

26.7 Designar al médico que realizará el procedimiento eutanásico. En el evento de que el médico designado sea objetor de conciencia, reasignará el caso a un médico no objetor en un término no superior a 48 horas.

26.8 Comunicar al médico tratante, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su recepción, toda solicitud elevada por el niño, niña o adolescente en relación con el derecho a morir con dignidad, que haya sido remitida por la EAPB.

26.9 Facilitar todo lo necesario para el funcionamiento adecuado del Comité.

26.10 Velar por la reserva y confidencialidad de la información a su cargo. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de éstos.

26.11 Apoyar al Comité en la recopilación y envío de la documentación pertinente al Ministerio de Salud y Protección Social, según lo contemplado en el artículo 28 de la presente resolución.

⁵⁴ **Artículo 27. Funciones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.**

27.1 En relación con los Comités, las EAPB tendrán las siguientes funciones:

27.1.1 Garantizar todos los servicios y tecnologías en salud requeridos por el niño, niña o adolescente para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, cuando la IPS responsable del paciente no tenga habilitados los servicios de que trata el artículo 17 de la presente resolución.

27.1.2 Asegurar la comunicación permanente con la IPS responsable del niño, niña o adolescente para conocer las decisiones que se adopten.

27.1.3 Tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados.

27.1.4 Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

27.2 En relación con los pacientes y su red de apoyo. Respecto de los pacientes y su red de apoyo, las EAPB tendrán las siguientes funciones:

profesionales de la salud idóneos en su red prestadora, actuar con celeridad para garantizar el acceso a la eutanasia al niño y a su red de apoyo, velar por la reserva y confidencialidad de los datos.

En este punto es importante aclarar que son las Entidades Administradoras de Planes de beneficios⁵⁵, usando la definición que trae el parágrafo del artículo 4º. del Decreto 1018 de 2007:

Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

Como se puede inferir, las EPS (contributivas y subsidiadas) son EAPB, pero, no toda EAPB son EPS, debido a que estas últimas fueron creadas a partir de la Ley 100 de 1993, mientras que las otras entidades que hacen parte de las EAPB tienen su propia normatividad para su creación y función; por lo tanto, cuando se mencionen en este escrito a las EAPB, se hace referencia exclusivamente a las EPS.

27.2.1 Comunicar a la IPS responsable del paciente, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción, toda solicitud elevada directamente a la EAPB por el niño, niña o adolescente, o quien ejerza la patria potestad, relacionada con el derecho a morir con dignidad.

27.2.2 Asegurar los canales de comunicación permanente con las IPS.

27.2.3 No interferir en ningún sentido, en la decisión que adopte el niño, niña o adolescente en concurrencia con quien ejerza su patria potestad en relación con el derecho a morir con dignidad mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien.

27.2.4 Contar en su red prestadora de servicios de salud con profesionales de la salud idóneos y suficientes para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del derecho a morir con dignidad del niño, niña o adolescente.

27.2.5 Garantizar al niño, niña o adolescente y a su red de apoyo, los servicios de salud que requieran en relación con el derecho a morir con dignidad, ya sea garantizando la atención a través de su red de prestadores de servicios de salud cuando sean sus afiliados, o cuando no, direccionar hacia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB correspondientes para que activen los mecanismos necesarios a fin de garantizar la prestación de los servicios que se requieran.

27.2.6 Tramitar con celeridad las solicitudes de sus afiliados niños, niñas o adolescentes que pretendan hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

27.2.7 Velar por la reserva y confidencialidad de la información que deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

⁵⁵ En adelante entiéndase EAPB

En la Resolución 229 de 2020 se encuentra en su parte final un capítulo concerniente al derecho a morir con dignidad (artículo 4.5), en donde se encuentran los derechos de los pacientes que desean morir con dignidad (artículo 4.5.2), que refuerzan los encontrados en las resoluciones ya mencionadas en cuanto a las funciones de las EPS e IPS que se reflejan en los derechos de los pacientes, por lo cual, no se ve necesario repetir lo que se encuentran en ellos.

Finalmente, MinSalud expidió la Resolución 971 de 2021 en donde establecen los procedimientos para recepción, trámite y reporte de la solicitud de la eutanasia, como también la organización y funcionamiento de los comités encargados de avalar el procedimiento de la eutanasia; siendo de interés del escrito el funcionamiento de las EPS e IPS frente a la eutanasia, encontrándose dichas funciones en el Capítulo V. Las funciones de las IPS se encuentran en el artículo 31⁵⁶ del capítulo mencionado, encontrando que estas deben crear, permitir y facilitar al comité, lo necesario para su buen funcionamiento; teniendo una comunicación permanente con la EAPB y garantizando la existencia de médicos no objetores de conciencia para la realización del procedimiento, respetando siempre la reserva y confidencialidad de los documentos que se manejan. Las funciones de las EAPB se encuentran en el artículo 32⁵⁷ del capítulo quinto, que

⁵⁶ **Artículo 31. Funciones de las IPS.** Son funciones de la IPS en relación con el procedimiento para morir con dignidad las siguientes:

31.1. Ofrecer y disponer todo lo necesario para realizar las evaluaciones y valoraciones para dar curso a la solicitud, sin perjuicio de la voluntad de la persona.

31.2. Designar a los integrantes del Comité.

31.3. Permitir el acceso al Comité tanto a la documentación como al paciente para realizar las verificaciones que considere pertinentes.

31.4. Comunicarse permanentemente con la EAPB.

31.5. Garantizar que al interior de la IPS existan médicos no objetores, de conformidad con la orden dada por el Comité, o permitir el acceso a quienes no sean objetores para la práctica del procedimiento.

31.6. Facilitar todo lo necesario para el funcionamiento adecuado del Comité.

31.7. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeta al marco jurídico de la protección de estos.

⁵⁷ **Artículo 32. Funciones de las EAPB.** Las EAPB tendrán las siguientes funciones:

32.1. Asegurar la comunicación permanente con los miembros del Comité para conocer las decisiones que se adapten.

32.2. Tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados por parte de las IPS o por parte de sus usuarios.

32.3. Coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.

32.4. Garantizar el trámite para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia cuando el caso se presente en las IPS que no tengan los servicios de que trata el artículo 24 de la presente resolución.

32.5. Garantizar la disponibilidad de prestadores que cuenten con los servicios necesarios para dar trámite a la solicitud y a las evaluaciones y valoraciones necesarias.

32.6. No interferir, en ningún sentido, en la solicitud o decisión que adopte el paciente en relación

continúa con la intención de garantizar el procedimiento eutanásico con celeridad, oportunidad e imparcialidad, respetando la autonomía del paciente, teniendo una comunicación permanente con el comité y la IPS, y velando por la reserva y confidencialidad de la información que se maneje.

La importancia de la resolución anterior no radica solamente en detallar las funciones de los comités, IPS o EPS; sino que también incorpora en su articulado⁵⁸ la posibilidad del uso del DVA para la solicitud de realización de la eutanasia, debiendo cumplir unas condiciones mínimas para su aceptación so *pena* de rechazo; encontrándose normatizado adecuadamente dicho documento en la Resolución 2665 de 2018, dándole gran importancia a la capacidad de la persona y detallando su contenido taxativamente⁵⁹, pudiendo este documento expresarse de manera escrita, por audio o por video; debiéndose formalizar posteriormente a su creación ante el notario, dos testigos o su médico tratante⁶⁰.

con el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia mediante actuaciones o prácticas que la afecten o vicien.

32.7. Contar en su red prestadora de servicios con profesionales de la salud idóneos y suficientes para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.

32.8. Garantizar durante las diferentes fases, tanto al paciente como a su familia la ayuda psicológica y médica, de acuerdo con la necesidad.

32.9. Garantizar toda la atención en salud derivada del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, atendiendo los criterios prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad.

32.10. Tramitar con celeridad las solicitudes de las personas afiliados y pacientes que pretendan hacer efectivo el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia.

32.11. Velar por la reserva y confidencialidad de la información que, por causa de sus funciones, deba conocer y tramitar, sin perjuicio de las excepciones legales. El tratamiento de los datos personales deberá estar sujeto al marco jurídico de la protección de estos.

⁵⁸ Artículo decimo Resolución 971 de 2021.

⁵⁹ **Artículo 4°.** *Contenido del Documento de Voluntad Anticipada.* El DVA deberá constar por escrito y contener, como mínimo, la siguiente información del otorgante:

4.1. Ciudad y fecha de expedición del documento.

4.2. Nombres, apellidos y documento de identificación de la persona que desea manifestar su voluntad anticipada.

4.3. Indicación concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción y que conoce y está informado de las implicaciones de su declaración.

4.4. Manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto a sus preferencias en relación al cuidado futuro de su salud e integridad física, así como indicaciones concretas de su cuidado y preferencias al final de la vida, que considere relevantes en el marco de sus valores personales, su entorno cultural, sus creencias religiosas o su ideología.

4.5. Firma de la persona declarante.

⁶⁰ Artículo quinto Resolución 2665 de 2018.

Es una obligación citar por lo menos⁶¹, el comunicado 27 de la Corte Constitucional sobre la Sentencia C-233 de 2021 con M.P. Diana Fajardo Rivera, en donde se demanda el homicidio por piedad encontrado en el artículo 106 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal), por no permitir que las personas con padecimientos intensos por lesiones corporales o enfermedad grave e incurable sin pronóstico de muerte próxima o enfermedad terminal, tuvieran acceso a este procedimiento sin penalizar la conducta de quien lo realizara. La Alta Corte hace un análisis sobre la posible violación a la vida digna; al no sometimiento de tratos y penas crueles, inhumanas y degradantes; y al libre desarrollo de la personalidad. Concluyendo que, en el marco a la dignidad humana, no puede obligarse a una persona a seguir viviendo, cuando padece una enfermedad grave e incurable que le produce intensos sufrimientos, y ha adoptado la decisión autónoma de terminar su existencia ante condiciones que considera incompatibles con su concepción de vida digna. La Corte considero que existen barreras irrazonables y desproporcionadas para tener acceso a la muerte digna, especialmente por la inexistencia de una regulación integral con jerarquía legal, llevando a un vacío normativo inadmisibles, por tanto, mantener la restricción de enfermedad en fase terminal para acceder a las esferas de la muerte digna estaría en contravía de este derecho. Decidiendo la exequibilidad del artículo demandado, en el entendido que no se incurre en el delito de homicidio por piedad cuando la conducta es realizada por un médico, con el consentimiento libre e informado del sujeto pasivo siempre y cuando el paciente padezca intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable. Se exhorta nuevamente al Congreso de la Republica para que legisle sobre el derecho a morir con dignidad.

Para terminar, en un artículo del periódico El Tiempo⁶² se publica las eutanasias realizadas en Colombia desde el año 2015 hasta el 2021, llevando hasta la fecha 123 procedimientos eutanásicos, siendo el 2019 el año con más eutanasias con un total de 44, seguido del 2020 con 26 y el 2018 con 24; Bogotá está a la cabeza en estos procedimientos con 49, estando en segundo lugar Antioquia con 48; en cuanto a los pacientes, 111 tenían patologías oncológicas mientras que 12 tenían patologías no oncológicas; el procedimiento se ha realizado más en hombres (67), que en mujeres (56); y las peticiones, quejas o reclamos para la realización de la eutanasia en 2018 fue de 14, 2019 tuvo 20 y 2020 tuvo 21⁶³.

⁶¹ La Sentencia C-233 de 2021 no es accesible para su lectura completa al momento de entregar este documento.

⁶² Ortiz Fonnegra, M.I, 2021, *La lucha de Yolanda para que la dejaran morir dignamente*. El Tiempo 29 de junio de 2021. Encontrado el 15-07-21 en <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/se-cumplio-eutanasia-de-yolanda-chaparro-a-quien-se-la-habian-negado-597220>

⁶³ Ortiz Fonnegra, 2021

5.3 RESPONSABILIDADES DE EPS E IPS AL NO REALIZAR EUTANASIA

Es importante mencionar que la responsabilidad civil de las personas jurídicas ha tenido cambios o giros a través de los años en Colombia, especialmente cuando la responsabilidad es la extracontractual, desarrollándose esta principalmente por la jurisprudencia; pasando por la culpa indirecta, luego por la culpa organicista; para finalmente llegar a la culpa directa en 1962, teniendo el fundamento jurídico en el artículo 2341 del Código Civil. Es importante entonces desarrollar cada responsabilidad por donde ha transitado la culpa de los entes morales, para comprender la importancia de la responsabilidad general sistémica que se desarrolló para la responsabilidad civil extracontractual de las personas jurídicas.

La responsabilidad por el hecho ajeno o culpa indirecta se desarrolló tomando en cuenta los artículos 2347⁶⁴ y 2349⁶⁵ del código civil, imponiendo a las personas jurídicas un deber de buena escogencia, vigilancia y autoridad para que sus empleados no cometieran o hicieran un daño, porque si se presentaba responderían por ese daño; exceptuando si se probara buen cuidado y autoridad por parte del empleador y una conducta impropia del trabajador. Lo anterior jurisprudencialmente se conoció como *culpa in eligendo* y *culpa in vigilando*.

En este tipo de responsabilidad hay dos sujetos involucrados: un civilmente responsable y un directamente responsable. Se entiende por directamente responsable a la persona que estando bajo el cuidado de otra, causa un daño a un tercero, y se entiende por civilmente responsable a la persona que tiene a otra bajo su cuidado. Es decir, es el civilmente responsable quien detenta, al momento de la ocurrencia del daño, una autoridad efectiva sobre la persona del directamente responsable, autor real del daño⁶⁶.

Así, es posible establecer que bajo este tipo de responsabilidad existen dos culpas: una culpa probada y una culpa presunta. La primera hace referencia a la culpa en la que incurre el directamente responsable al causar el daño, y la segunda alude a la culpa en la que incurre el civilmente responsable que, por falta de vigilancia, permitió el comportamiento negligente o imprudente del directamente responsable⁶⁷.

⁶⁴ **Artículo 2347.** Toda persona es responsable, no sólo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño sino del hecho de aquellos que estuvieron a su cuidado.

⁶⁵ **Artículo 2349.** Los empleadores responderán del daño causado por sus trabajadores, con ocasión de servicio prestado por éstos a aquéllos; pero no responderán si se probare o apareciere que en tal ocasión los trabajadores se han comportado de un modo impropio, que los empleadores no tenían medio de prever o impedir empleando el cuidado ordinario y la autoridad competente; en este caso recaerá toda responsabilidad del daño sobre dichos trabajadores.

⁶⁶ Le Tourneau, 2004, p.107

⁶⁷ Tamayo Jaramillo, 2007, p. 705

Ahora bien, bajo este tipo de responsabilidad, la víctima del daño tenía la posibilidad de demandar la indemnización de los perjuicios causados de forma individual al directamente responsable, sobre la base de responsabilidad directa con culpa probada del artículo 2341⁶⁸, al civilmente responsable, sobre la base de responsabilidad por el hecho ajeno del artículo 2347, o a ambos de forma conjunta. Es decir, operaba la solidaridad del artículo 2344⁶⁹ del Código Civil, que expresa que cuando dos o más personas han cometido un delito, cada una de ellas es solidariamente responsable por los perjuicios causados por dicho delito⁷⁰.

Esta responsabilidad indirecta fue perdiendo peso con el paso del tiempo debido a que el deber de vigilancia y control de los entes morales era inaplicable, especialmente a las empresas con gran número de trabajadores, por tanto, se inició la búsqueda de una nueva teoría que se pudiera aplicar a esas empresas, encontrando en la teoría organicista una solución viable.

La teoría organicista inicia en Colombia con la Sentencia de Casación Civil del 21 de agosto de 1939 de la CSJ (basándose de la doctrina y jurisprudencia francesa), en donde dice:

Se ha llegado a admitir generalmente la responsabilidad civil de esta especie de personas morales sobre la consideración de que hubo culpa de su parte en la escogencia o elección de la persona que en su representación y a su nombre debe ejecutar determinados actos que ocasionan daños, o porque la persona jurídica no ejerció sobre esos representantes o agentes la vigilancia necesaria para evitar la ocurrencia de los actos culposos generadores de la obligación de indemnizar perjuicios. Esta teoría basada en la culpa in-eligendo y en la in-vigilando ha situado esta especie de responsabilidad indirecta del Estado por causa del funcionamiento de servicios públicos en el campo de la responsabilidad por el hecho ajeno; pero en realidad esta forma de responsabilidad por otro que se presenta en los casos determinados en la ley cuando una persona que está bajo la dependencia y cuidado de otra ocasiona un daño a un tercero, que no pudo impedir el responsable con la autoridad y cuidado que su respectiva calidad le confiere y prescribe (artículos 2347, 2348 y 2349 Código Civil), no es la que corresponde en tratándose de la responsabilidad civil extracontractual de personas jurídicas de derecho público, porque en estos casos no existe realmente la debilidad de autoridad o la ausencia de vigilancia y cuidado que figura indefectiblemente como elemento constitucional de la responsabilidad por el hecho ajeno, ya que la calidad de ficticias que a ellas corresponde no permite en verdad establecer la dualidad

⁶⁸ **Artículo 2341.** El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido.

⁶⁹ **Artículo 2344.** Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvas las excepciones de los artículos 2350 y 2355. Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso.

⁷⁰ Betancur y Bustamante, 2018, pág. 17

personal entre la entidad misma y su representante legal que se confunden en la actividad de la gestión.

Esta teoría de la responsabilidad por otro para justificar la del Estado cuando causa daños a otros como gerente de los servicios públicos derivada de los principios del derecho civil que consagra la responsabilidad de los amos por los hechos culposos de sus dependientes, está revaluada por la nueva concepción que quiere fundar la responsabilidad culposa en un concepto objetivo principalmente, equivalente al deber del Estado de reparar los daños que cause a los ciudadanos por el funcionamiento inadecuado de los servicios públicos, con secundaria consideración a la falta o culpa imputable a los agentes encargados legalmente de poner en actividad esos servicios⁷¹.

En esta teoría, la empresa se “separaba” en órganos (trabajadores) operativos y administrativos, en donde los primeros se podían vigilar y controlar y, por tanto, si llegaban a producir un daño el ente moral respondía indirectamente por culpa presunta, mientras que los segundos al no tener vigilancia y control, al producir un daño la persona jurídica respondía directamente por culpa probada. Como esta teoría era tan dual, a partir de esta sentencia las diferentes providencias jurisprudenciales siguieron aplicando indiscriminadamente, en una misma época, las tesis de responsabilidad por el hecho ajeno, responsabilidad por el hecho propio y la teoría organicista, sin el predominio de ninguna⁷².

En la Sentencia de 30 de junio de 1962, con ponencia de José J. Gómez R., la Corporación acogió la tesis de que la responsabilidad de las personas jurídicas, independientemente de la posición de sus agentes o dependientes al producir un daño en ejercicio o con ocasión de sus funciones, es directa. De acuerdo con esto, el ente moral responde por los actos de sus dependientes como si éste hubiera causado el daño directamente, es decir, la culpa de aquellos es su propia culpa. La razón de ser de la aplicación de la responsabilidad por el hecho propio a las personas jurídicas en virtud de los daños causados por sus dependientes o empleados radica en la idea de que la persona jurídica no tiene personalidad propia, y por tal razón, debe actuar por medio de los órganos y/o agentes que la componen. En este sentido, los agentes del ente moral cualquiera que sea su denominación y jerarquía, al accionar sus funciones pierden la individualidad que en otras condiciones tendrían; sus actos se predicen realizados por la persona moral y es directa la responsabilidad que en dichos actos se origine⁷³.

A partir de 1962 hasta la fecha, la responsabilidad civil extracontractual de las personas jurídicas de derecho privado en nuestro País se ha manejado con la responsabilidad directa con culpa probada encontrada en el artículo 2341 del Código Civil. Para poder imputar este tipo de responsabilidad a las personas

⁷¹ Sentencia de Casación, 1939

⁷² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 1962

⁷³ BETANCUR Y BUSTAMANTE, 2018, pág. 23

jurídicas, es necesario que se den los siguientes presupuestos: (i) la existencia de un daño causado por el agente o dependiente, (ii) que tal daño fuere causado en virtud de una actuación culposa del agente o dependiente, y (iii) que la actuación culposa del agente o dependiente hubiese sido en el ejercicio o con ocasión de sus funciones. A diferencia de la responsabilidad por el hecho ajeno, a la víctima no se le exige demostrar la relación de dependencia o subordinación del autor del daño respecto del ente moral ni el deber de vigilancia de este frente a aquél⁷⁴.

En relación con este presupuesto se han generado diferentes posiciones tanto doctrinales como jurisprudenciales. No obstante, hay algunos criterios que, caso por caso, dan luz a la hora de establecer si el funcionario estaba ejerciendo sus funciones al momento de causar el daño. Algunos de estos son: (i) si estaba actuando bajo instrucción de sus superiores, (ii) si se encontraba en horario laboral, (iii) si se encontraba en las instalaciones de la persona jurídica, (iv) si estaba desempeñando funciones propias de su cargo, entre otros. En el caso en que este requisito no se cumpla, se entiende que las personas naturales que componen a la persona jurídica habrán cometido la actuación culposa fuera de sus atribuciones y, por ende, solamente éstas serán responsables y no se le atribuirá responsabilidad al ente moral⁷⁵.

En la providencia de la CSJ Sala de Casación Civil 13925 del 30 de septiembre de 2016, se advierte que las personas jurídicas están estructuradas organizacionalmente en un sistema formado por personas naturales, procesos, estructuras, fines, entre otros; por tanto, se debe comprender el funcionamiento y estructura del sistema para determinar el origen de responsabilidad colectiva o personal.

Es importante entonces, conocer la conducta empresarial que genera responsabilidad civil, y para ello hay que reconocer que la responsabilidad no aparece por la falta de vigilancia y/o control de los directivos sobre sus trabajadores, por el contrario, la responsabilidad es por la persona jurídica al desarrollar sus procesos ya sean administrativos u operativos en cumplimiento de sus metas o fines para los cuales fue creada y que sean jurídicamente reprochables por pasar por alto los deberes objetivos de cuidado; sin desconocer en ningún momento que estas pueden demostrar algún eximente de responsabilidad como lo tienen las personas naturales.

Las EPS e IPS son personas jurídicas que están dentro de un sistema, como lo es nuestro SGSSS, siendo estos elementos importantes para lograr los objetivos y finalidades de este sistema; en donde cada una tiene sus funciones y obligaciones

⁷⁴ CSJ, Sala de Casación Civil, SC13630-2015, 2015

⁷⁵ BETANCUR Y BUSTAMANTE, 2018, pág. 24-25

que se encuentran en la norma⁷⁶, y por lo tanto, el engranaje de sus elementos para conseguir sus objetivos y realizar las funciones que le exige la norma son muy diferentes entre sí, por lo cual el funcionamiento de sus engranajes y cada uno de sus elementos buscan abarcar la totalidad de esas obligaciones y lograr los objetivos institucionales y del SGSSS.

Ahora bien, la afiliación del usuario al SGSSS se produce una sola vez, y es a partir de ese momento en donde el usuario es beneficiario de todas las prestaciones asistenciales consagradas en la norma logrando un vínculo legal permanente. Lo anterior, se encuentra sustentado en el Decreto 780 de 2016 y Decreto 2058 de 2018 en donde se crea el Sistema de Afiliación Transaccional (siglas SAT), siendo este un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá MinSalud para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el SGSSS, definiendo además, la responsabilidad de cada uno de los actores en el registro y reporte de información en el Sistema.

La atención de un usuario dentro del sistema de salud, genera el movimiento no solo de un elemento (médico), sino el de todo un engranaje (autorizador, auxiliar administrativo, jefe de enfermería, médico, auxiliar de enfermería, coordinador de un área, entre muchos otros), que no solamente atiende a un usuario, más bien a un grupo familiar que va a estar atento del desarrollo y fin de la atención de ese servicio; esperando de cada uno de sus elementos y en el engranaje, una buena atención. Como se puede inferir, cada uno de los diferentes elementos se pueden diferenciar, pero no se pueden aislar, debido a que sin la interrelación no se puede lograr el servicio que se busca prestar.

Cuando ocurre una deficiencia en el servicio que ocasiona un daño resarcible, se debe seleccionar en un fragmento espaciotemporal los elementos, decisiones, circunstancias y comunicaciones que ocurrieron y llevo al perjuicio que se reclama por parte del usuario; para definir si la responsabilidad recae en la institución, un o unos elementos, en los dos o en ninguno de ellos. Por consiguiente las EPS e IPS, por tanto sus profesionales, técnicos, administradores y trabajadores en general, están más actualizados en materia de responsabilidad, buscando en lo posible disminuir la aparición de perjuicios derivados de su labor, para así evitar la imputación de responsabilidad frente a posibles daños que se le podrían formular al ente moral; más aún si la prestación de los servicios médicos paso de una relación individual a una relación empresarial que abrió paso a lo que hoy se denomina “macro medicina”, en la que el enfermo ya no es considerado un paciente sino un cliente más dentro del engranaje económico que mueven grandes organizaciones, y en la que el usuario no acude ante su médico de

⁷⁶ Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011

confianza sino ante una estructura corporativa que relegó el factor *intuitio personae* a su más mínima expresión⁷⁷.

Por consiguiente, la culpa de la persona jurídica se establece en el marco de una unidad de acción selectivamente relevante que tiene en cuenta los flujos de la comunicación entre los miembros del sistema. Por ello, el juicio de reproche ha de tomar en consideración, además de las acciones y omisiones organizativas, las fallas de comunicación del equipo de salud que originan eventos adversos cuando tales falencias podían preverse y fueron el resultado de la infracción de deberes objetivos de cuidado⁷⁸.

Como ya se mencionó anteriormente, en la norma se encuentra definidas las funciones, obligaciones y deberes de cada uno de los actores (EPS e IPS) del SGSSS (especialmente en la Ley 100 de 1993), por lo que los daños o perjuicios que sufran los usuarios durante la prestación del servicio, inicialmente se consideraran imputables a estas instituciones como suyo, claro está que si durante el proceso se prueba que el perjuicio se produjo fuera del campo de obligación que la ley le impone, es claro que se desvirtúa esa imputabilidad del hecho.

Ante la dilación o no realización de la eutanasia, las EPS claramente están ignorando sus funciones normadas, especialmente en la que se refiere al acceso a los servicios de salud y la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad a estos servicios; las IPS cuya principal función es la prestación de servicios de salud a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros (oportunidad y calidad) y principios (universalidad e integralidad) que exige la norma, siendo evidente a la luz la falta de apego a estos al no realizar la eutanasia. Por tanto, no cumplir las funciones encontradas en la norma, acarreará consecuencias civiles contractuales y extracontractuales a las EPS e IPS, imponiéndoles la obligación de indemnización del perjuicio por la elongación de la molestia o dolor que está presentando el paciente, el sufrimiento familiar y de conocidos a ver padecer un ser querido, y lo más importante, la dilatación injustificada no de la vida sino que de algo peor, de la muerte, que este procedimiento busca terminar dignamente, consentido, en un ambiente adecuado, y especialmente sin dolor.

Por lo tanto, es viable iniciar un proceso de responsabilidad civil en cualquiera de sus modalidades (contractual y extracontractual), en contra de las EPS o IPS; estructurándose en la responsabilidad contractual cuando exista una relación entre las dos partes y por consiguiente, el incumplimiento de ese contrato conlleva una indemnización del perjuicio causado por omisión de sus deberes o por demoras en el servicio de salud en el cotizante o el beneficiario; mientras que la responsabilidad extracontractual se estructura cuando no existe relación alguna

⁷⁷ CSJ, SC13925 del 30 de septiembre de 2016

⁷⁸ Ibid

entra las partes, donde una de ellas es la causante de un daño que se debe resarcir (EPS, IPS o ambas), y la otra, es la parte perjudicada siendo generalmente en estos casos los familiares, conocidos o amigos del paciente en etapa terminal de una enfermedad que desea la eutanasia, que sufre al no obtener este procedimiento en el tiempo adecuado o fallece con inmenso dolor esperándolo; causando un daño que no es físico, pero sí moral o espiritual, que les otorga la legitimidad de reclamar y exigir una indemnización.

Como se puede inferir de los hechos de las sentencias estudiadas, la gran mayoría de los usuarios del SGSSS que han solicitado la eutanasia han muerto esperando la aplicación de este procedimiento, por lo tanto, iniciar un proceso de responsabilidad civil contractual contra las EPS e IPS no es viable por muerte de una de las partes porque cesa sus obligaciones frente a esta. Caso muy diferente ocurre con los familiares del usuario al que no se le práctico el procedimiento eutanásico, quienes podrían iniciar un proceso de responsabilidad extracontractual por los diferentes daños morales y psicológicos que sufrieron en el transcurso de la solicitud de eutanasia hasta la muerte del su ser querido.

Esa responsabilidad civil extracontractual de una persona jurídica de derecho privado (EPS e IPS), se podría configurar mediante la imputación normativa por incumplimiento de los deberes de acción encontrados en el ordenamiento y aplicarse la culpa organizacional a esas entidades, cumpliéndose perfectamente los elementos para aplicar esta forma de culpa; encontrando un daño jurídicamente relevante como es el daño a un derecho fundamental como la muerte digna, la atribución del daño se le puede atribuir a la entidad que no permite la realización del procedimiento y, la conducta jurídicamente reprochable que se encuentra perfectamente ante la violación de reglamentos o protocolos, especialmente si estos provienen de un órgano de control como MinSalud.

Con la Sentencia C-233 de 2021 de la Corte Constitucional, la responsabilidad civil contractual puede lograrse debido a que la Corporación considera el paciente que padezca intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable; candidato para la realización de la eutanasia siempre y cuando se cumplan todas las exigencias que se encuentran para la solicitud y procedimiento de la eutanasia, por tanto, se suprimió la exigencia de enfermedad en estado terminal, logrando con esto que se aumente la población que puede acceder a la eutanasia y sin tener un pronóstico igual o inferior a seis meses; haciendo viable instaurar un proceso civil ante la negación o demora en la práctica del procedimiento sin llegar necesariamente a la muerte esperando el fin del litigio..

6. CONCLUSIONES

Para que las personas jurídicas como las EPS e IPS tengan responsabilidad civil extracontractual por acción u omisión, se deben cumplir unos requisitos como el daño jurídicamente relevante, atribución del daño a un agente, y una conducta jurídicamente reprochable. Para el primer requisito, ese daño debe ser a un bien jurídico que tenga protección constitucional o legal, siendo en nuestro caso los derechos fundamentales como el derecho a morir con dignidad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad, cumpliendo satisfactoriamente este primer paso. Como son las EPS e IPS actores importantes en el SGSSS, especialmente en garantizar el acceso a los servicios de salud (EPS) y prestar con celeridad y calidad el servicio (IPS), el segundo elemento para configurar la responsabilidad organizacional está presente; a pesar que las funciones de estos entes morales se encuentran debidamente normatizadas y debiendo actuar como una unidad de acción, estos no realizan su fin que en general es el bienestar de sus afiliados, incumpliendo los diferentes reglamentos y protocolos que existen para la realización de la eutanasia, cumpliéndose el tercer elemento de responsabilidad.

Jurisprudencialmente se han dado giros a la culpabilidad de las personas jurídicas, hasta llegar a la directa, siendo esta la que se aplica en la actualidad. Como las EPS e IPS son organizaciones, y como tal, cada engranaje que la conforman deben andar al unísono para alcanzar sus objetivos y metas; por lo tanto, la falla de algún elemento dentro del engranaje que causa un daño que se debe resarcir, causa de forma inmediata una responsabilidad directa de la persona jurídica y con la nueva teoría de culpa organizacional no importa si no se logra identificar a la persona natural causante del daño, la culpa es probada y por lo tanto, la indemnización estará a cargo del ente moral.

Por desconocimiento de lo anterior, muchos profesionales del derecho, jueces, fiscales, magistrados y personas en general; cuando ocurre una falencia en el servicio de salud, señalan al profesional de salud como culpable de este fallo, sin mirar a los otros actores involucrados, actuando de esta manera por tener la idea errónea que el profesional de salud “tiene mucho dinero”, volviéndolo el blanco favorito o preferido para las demandas de responsabilidad, causando en ocasiones una injusticia sin parangón contra el profesional de salud, como también, con los perjudicados por el daño resarcible, porque van a tener una falsa sensación de justicia impulsada y reforzada por los trabajadores judiciales y abogados con sus actuaciones, dejando libre de toda responsabilidad a los posibles causantes de esta vulneración del derecho fundamental como lo son las EPS e IPS; que por la culpa organizacional se vuelve indiscutiblemente el centro de la responsabilidad resarcible en la salud y por lo tanto, deberían ser a los primeros que la justicia tendría que llamar para asumir el resarcimiento del daño.

Hasta la fecha no existe jurisprudencia de responsabilidad civil organizacional de EPS e IPS al negar o no realizar la eutanasia como una de las garantías al derecho de la muerte digna; es cierto que a través de los años (2015 hasta la fecha), se ha ido realizando este procedimiento por parte de las IPS (aproximadamente la mitad han requerido de reclamos o tutelas para acceder a la eutanasia), probablemente por el desarrollo jurisprudencial, doctrinal y normativo (resoluciones principalmente) de esta esfera del derecho a morir con dignidad que ha despejado ese derrotero, permitiendo una solicitud y procedimiento con celeridad, dejando en el pasado un proceso ralentizado y lleno de obstáculos.

El derecho fundamental a morir con dignidad obtiene sus primeras bases como reconocimiento de derecho fundamental en Colombia desde 1997, pero fue solo hasta el 2015 que se realizó la primera eutanasia “legal” bajo la figura de este derecho fundamental, creando un hito nacional, no solo por el procedimiento como tal, sino que también se evidencio la clara injerencia de las EPS e IPS para no realizar la eutanasia a quienes la solicitaban, dando un sinnúmero de excusas para dilatar la realización de este procedimiento, esperando placenteramente que la muerte le llegara “naturalmente” a su paciente pese al dolor que presentara, estando abiertamente en contravía del concepto de muerte digna y por lo tanto de su autonomía, libertad y dignidad humana.

El derecho a morir con dignidad en Colombia tiene tres esferas muy importantes, que hay que tener presente: los cuidados paliativos, la reorientación terapéutica, y la eutanasia. Por lo tanto, no hay que hacer la sinonimia del derecho a morir con dignidad con la eutanasia, ni mucho menos el homicidio pietístico o suicidio asistido con la eutanasia, siendo expresamente diferentes cada uno de ellos en cualquier contexto en que se encuentre, por lo tanto, se debe dejar o abandonar el mal uso de la expresión “despenalización de la eutanasia” que se encuentra en diferentes artículos, libros, revistas, periódicos, y otros medios de información y comunicación; debido a que la anterior afirmación es totalmente falsa.

Lo cierto es que a partir de la Sentencia C-239 de 1997 se declaró exequible el artículo del homicidio por piedad (artículo 326 del antiguo Código Penal), y eximiendo de responsabilidad al médico que realizara dicha acción en enfermos terminales con la bendición de su voluntad libre; como se puede inferir, la Alta Corte nunca despenalizó alguna acción o actuación, porque incluso en el nuevo Código Penal se encuentra el homicidio por piedad y el suicidio asistido (artículo 106 y 107 respectivamente), con sus respectivas consecuencias penales; mientras que la eutanasia no aparece en ningún articulado del código ya mencionado, en consecuencia es jurídicamente imposible despenalizar algo que nunca ha estado penalizado. Hay que recordar que lo importante de esta sentencia es el nacimiento de las bases del derecho fundamental a la muerte con dignidad, dejando la discusión anterior como una futilidad, y por lo tanto debemos referirnos a la sentencia anterior como hito en crear el derecho fundamental ya mencionado y no como la que despenalizó a la eutanasia.

En la normatividad actual de seguridad social en salud, se encuentra taxativamente las funciones, obligaciones, deberes y derechos de cada uno de los diferentes actores del sistema; verbigracia las EPS e IPS, encontrando fácilmente el no cumplimiento por parte de los anteriores de la normatividad (como se evidencia en las sentencias constitucionales y artículos periodísticos que se citaron anteriormente), soslayando abiertamente los diferentes y variados derechos que poseen los usuarios; sin encontrar herramientas accesibles o rápidas para el acceso fácil y con celeridad a estos derechos, dejando en la tutela, todo el peso para poder garantizar y asegurar el acceso a los derechos y por lo tanto a los servicios de salud.

Verbigracia de lo referido, se encuentra un artículo de El Tiempo del 22 de junio de 2021 llamado “Las 5 EPS con más tutelas por fallas en el servicio de salud”, en donde muestran el informe anual de la Defensoría del pueblo y refieren que la Corte Constitucional recibió el año pasado un total de 81.899 tutelas que buscaban la protección del derecho a la salud y en los primeros cinco meses de este año ya se han reportado 22.973 tutelas de este tipo, los departamentos donde más se tuteló el derecho a la salud durante 2020 fueron Antioquia, con 15.260 recursos judiciales, seguido de Valle del Cauca, con 9.991 tutelas, y Bogotá, con 6.769 tutelas y las cinco EPS con mayor número de acciones interpuestas en su contra durante el 2020 fueron: **Medimás**, con 59 tutelas por cada 10.000 afiliados; **Comeva**, con 40 tutelas por cada 10.000 afiliados; **Comfaorient**, con 28 tutelas por cada 10.000 afiliados; **Savia Salud/Alianza Medellín**, con 26 tutelas por cada 10.000 afiliado; y **Convida**, con 24 tutelas por cada 10.000 afiliados.

El MinSalud ha expedido las directrices para que el procedimiento de la eutanasia se pueda realizar en Colombia, pero se puede evidenciar que a pesar de estos parámetros las EPS e IPS no garantizan la efectividad en un cien por ciento cuando los pacientes la solicitan y cumplen con las directrices para que se le realice el procedimiento de eutanasia, evidenciándose que estas instituciones de la salud, la mayoría de las veces han dilatado el procedimiento, bien sea por falta de personal idóneo, falta de las adecuaciones a sus instalaciones médicas, la demora en designar los comités científicos, y en otras ocasiones en presentar objeciones de conciencia, todas estas dilaciones generan un retardo en el procedimiento de eutanasia, vulnerando el derecho fundamental a morir con dignidad, ocasionando más sufrimiento al solicitante y a su familia que tiene que ver como padece su ser querido, tanto es así que le llega la muerte al paciente esperando que se le garantice su derecho.

Si bien es cierto, el adulto y los NNA tienen diferencias anatómicas, fisiológicas, sociales, morales, entendimiento, juicio, entre otras; también es cierto que ambos están amparados por los derechos fundamentales, especialmente si estos buscan preservar y conservar la dignidad humana. Por lo tanto, pese a algunas diferencias en el procedimiento para la realización de la eutanasia, los usuarios tienen la

oportunidad de acceder sin óbice a su autonomía, para garantizar el derecho a morir con dignidad, si cumplen con los requerimientos para acceder a ella; siendo claramente más exigentes en los NNA sin buscar con ellos talanqueras para el acceso a este derecho en este grupo etario.

Sin miedo a la equivocación se puede afirmar que los procesos que se requieren para acceder a la eutanasia como garantía a la muerte digna se encuentran debidamente establecidos en las múltiples resoluciones y el PAPEC que ha expedido MinSalud, dando unas directrices claras a las EPS e IPS para lograr con celeridad, oportunidad e igualdad este procedimiento y lograr garantizar el derecho fundamental a la muerte digna. Con la expedición de la Resolución 0971 de 2021, se espera que las EPS e IPS tomen “conciencia institucional” y cumplan con su deber y obligación de garantizar y proveer no solamente la salud, sino que también a la dignidad humana, que se puede manifestar con la solicitud de un procedimiento personal, autónomo y libre como lo es la muerte digna por medio de la eutanasia.

Para terminar gratamente el documento, la reciente Sentencia C-233 de 2021 de la Corte Constitucional (no publicada aun), que declara exequible el homicidio por piedad tipificado en el Código Penal, en el entendido de que “no se incurre en el delito de homicidio por piedad, cuando la conducta (i) sea efectuada por un médico, (ii) sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable”; dejando ver nuevamente el “error” de la Alta Corte al confundir el homicidio pietístico con la eutanasia (como sucedió en la Sentencia C-239 de 1997), para que posteriormente se desarrolle el derecho a la muerte digna sacando de la ecuación “la enfermedad en fase terminal”, permitiendo probablemente un aumento de los usuarios que van a solicitar la realización del procedimiento.

Como ya se dijo, tener una discusión sobre el homicidio por piedad y la eutanasia en la Sentencia hito era fútil, pero, si se debe tener el discernimiento entre los dos conceptos en la actualidad por el gran avance que se ha tenido jurisprudencial y normativamente, no solamente en la definición como ya se hizo, sino que también en el procedimiento; en donde el homicidio por piedad que es exenta de conducta penal, es realizada por un médico (persona natural) a un paciente que lo solicita por encontrarse con una enfermedad que le causa intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, por lo tanto existe una relación médico-paciente, donde el galeno realiza un acto médico para satisfacer la voluntad de su paciente y el beneficio de aliviar “su dolor” en el sitio que desea el paciente; mientras que la eutanasia es un procedimiento que tiene unos pasos reglados taxativamente, iniciando con la solicitud que se realiza ante una institución (persona jurídica) o al médico que trabaja para dicha institución, que conformara un comité que estudiara el caso específico y definirá si

es pertinente o no la realización del procedimiento, donde si la respuesta es positiva, la eutanasia se realizara en el sitio que defina la institución, existiendo una relación cliente-institución, donde el ente moral realiza un “acto institucional” para cumplir con las normas que se le imponen en relación de sus funciones. A la luz de estas grandes diferencias, no se debe confundir en la actualidad estos dos actos.

Al aumentar posiblemente la realización de la eutanasia, es muy importante tener en cuenta la teoría de la pendiente resbaladiza⁷⁹ que sostiene que al dar el primer paso (A), se producirán los pasos B,C,D, etc. Se tomará en cuenta para explicar esta teoría a Vega (2007) que en su artículo “La pendiente resbaladiza en la eutanasia en Holanda”, nos plantea el paso A como la ley que autoriza la eutanasia o el suicidio asistido si se dan tres requisitos: 1º plena voluntariedad, 2º condición de enfermo terminal, 3º padecer dolores insoportables; el paso B se permite la eutanasia no voluntaria e involuntaria (pacientes en coma, recién nacidos con malformaciones, ancianos dementes o enfermos con perturbaciones mentales); el paso C se permite la eutanasia o el suicidio asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar; el paso D se permite la eutanasia por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc. Llegando a la conclusión que en Holanda el descenso por la PR ha sido muy fuerte; las autoridades no han podido controlar la práctica de la eutanasia ni a los trasgresores de la ley; las precauciones establecidas legalmente han desaparecido en parte y la ley ha terminado permitiendo nuevos casos distintos de los iniciales; además que los proponentes holandeses de la eutanasia voluntaria aseguraban que su tolerancia, sujeta a «salvaguardas», permitiría a la eutanasia quedar «expuesta a la luz pública» y ser controlada con efectividad. Sin embargo, ante el hecho indiscutible de que la mayoría de las veces no existe siquiera oportunidad de examinar los casos oficialmente, las afirmaciones holandesas de regulación efectiva son palabras vanas: la eutanasia en Holanda se está deslizando por la PR (Vega Gutiérrez, 2007, pág. 103).

Por tanto, se debe tener extremo cuidado de no caer rápidamente por la PR en Colombia, que como en el estudio anterior, se inicia la eutanasia con una rigurosidad que se fue haciendo clara con el tiempo, la jurisprudencia y reglamentación por MinSalud, pero, con la nueva sentencia se abre una puerta en donde se pueden pasar procedimientos que no cumplen con los parámetros para su realización desvirtuando la verdadera finalidad de la muerte digna por medio de la eutanasia. Solo el tiempo dirá si se cae en la PR, se espera que este documento motive a los lectores para continuar y analizar este tema tan apasionante a raíz de la nueva sentencia y probablemente nuevas resoluciones y ojalá ley.

⁷⁹ En adelante entiéndase PR

BIBLIOGRAFÍA

Boletín Jurídico No. 7. julio 2019. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Bolet%C3%ADn%20Jur%C3%ADico%20No%207%20Julio%202019.pdf

Código Penal. Artículos 106, 107. Diario Oficial No. 44.097. Julio 24, 2000. Consultado 06/09/2020. Recuperado http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000.html

Concepto Jurídico No. 201942400854282. Julio 12, 2019. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADico%20201911400888971%20de%202019.pdf

Constitución Política de Colombia, 1991, Artículos: 4, 5, 11, 13, 16, 18, 19, 20, 23, 29, 42, 44, 48, 49, 86. Consultado 06/09/2020. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Convención sobre los Derechos del Niño. Noviembre 20, 1989. UNICEF Comité Español. Junio 2006. Consultado 06/09/2020. Recuperado <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

CORCIONE, María C. (2006), La causalidad como elemento de la responsabilidad civil extracontractual: Diferencia entre la causalidad natural y la causalidad jurídica, Tesis Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

Corte Constitucional, octubre 2, 1992, M.P: C. Angarita Barón. Sentencia T-548/92. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-548-92.htm>

Corte Constitucional, octubre 28, 1993, M.P: A. Barrera Carbonell. Sentencia T-493/93. Colombia. 06/09/2020. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-493-93.htm>

Corte Constitucional, mayo 10, 2005, M.P: J. Córdoba Triviño. Sentencia C-477/05. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/C-477-05.htm>

Corte Constitucional, octubre 17, 2013, M.P: A. Rojas Ríos. Sentencia T-737/13. Colombia. 06/09/2020. Recuperado

<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-737-13.htm#:~:text=T%2D737%2D13%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=En%20reiterada%20jurisprudencia%20de%20esta,derecho%20constitucion al%20y%20servicio%20p%C3%BAblico%2D>.

Corte Constitucional, febrero 10, 2016, M.P: L. Vargas Silva. Sentencia C-054/16. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/C-054-16.htm#:~:text=La%20Sala%20Plena%20concluye%20que,al%20principio%20de%20supremac%C3%ADa%20constitucional.&text=El%20principio%20de%20supr emac%C3%ADa%20constitucional%20tiene%20una%20funci%C3%B3n,lo%20cu al%20conlleva%20dos%20consecuencias>.

Corte Constitucional, marzo 14, 2016, M.P: L. Vargas Silva. Sentencia C-054/16. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-132-16.htm>

Corte Constitucional, marzo 03, 2016, M.P: A. Rojas Ríos. Sentencia SU108/16. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/SU108-16.htm>

Corte Constitucional, julio 4, 2017, M.P: I. Escrucería Mayolo. Sentencia T-423/17. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm>

Corte Constitucional, febrero 18, 2020, M.P: A. Rojas Ríos. Sentencia T-060/20. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/T-060-20.htm>

Corte Constitucional, mayo 20, 1997, M.P: C. Gaviria Díaz. Sentencia C-239/97. Colombia. 06/09/2020. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Corte Constitucional, diciembre 15, 2014, M.P: L. Vargas Silva. Sentencia T-970/14. Colombia. 06/09/2020. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Corte Constitucional, agosto 25, 2017, M.P: G. Ortiz Delgado. Sentencia T-544/17. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

Corte Constitucional, diciembre 12, 2017, M.P: A. Lizarazo Ocampo. Sentencia T-721/17. Colombia. 06/09/2020. Recuperado <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm#:~:text=T%2D721%2D17%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia>

&text=Esta%20Corporaci%C3%B3n%20ha%20sostenido,o%20%E2%80%9Cconsumado%E2%80%9D%20un%20perjuicio.

Corte Suprema de Justicia, septiembre 30, 2016, M.P: Salazar Ramírez, A, Sentencia SC 13925/16. Colombia. 15/09/2020. Recuperado [https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2016/SC13925-2016%20\(2005-00174-01\).docx](https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2016/SC13925-2016%20(2005-00174-01).docx)

Decreto 100 / 80, enero 23, 1980. Art. 326. "Anterior Código Penal Colombiano". Diario Oficial No. 35.461. febrero 20/1980. Consultado 06/09/2020. Recuperado <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80544>

Decreto 410 / 71, marzo 27, 1971. Art. 826. Código de Comercio. Legis Editores S.A. Segunda Edición – 2016. Colombia.

Decreto 1018 / 07, marzo 30, 2007. "Estructura de la SuperSalud". Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65458>

Decreto 2591 / 91, noviembre 19, 1991. Ley Estatutaria "Acción de Tutela". Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_2591_1991.html

DE LA TORRE DÍAZ, Javier (2019). Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. (2019). *Revista Iberoamericana de Bioética*, No.11(2019), 01-23. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.004>

DELGADO, E. (2017). Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. En *Justicia*, 31, 226-239. <http://dx.doi.org/10.17081/just.22.31.2608>

"*Eutanasia: 15 años esperando reglamentación*", 21 de Febrero, En edición digital de la publicación "Ámbito jurídico" . Bogotá. LEGIS 2012 encontrado el 04 de agosto de 2020 en <https://www.ambitojuridico.com/noticias/informe/constitucional-y-derechos-humanos/eutanasia-15-anos-esperando-reglamentacion>

FLÓREZ RINCÓN, M. (2016). Dignidad y autonomía del paciente terminal: responsabilidad de las E.P.S. frente a la dilación en el procedimiento de la eutanasia. *Revista Temas Socio Jurídicos*, 36(71), 31-48. <https://doi.org/10.29375/01208578.2638>

GAMBOA BERNAL, Gilberto A. (2017). Itinerario de la eutanasia en Colombia. veinte años después. (2017). *Persona y Bioética*, Vol. 21 numero 2, 197-203. <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.1>

GARCÍA PEREÁÑEZ, J. (2016). Consideraciones del bioderecho sobre la eutanasia en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 200-221. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/r/bi.2637>

GEMPELER RUEDA, Fritz Eduardo (2015). Derecho a morir dignamente. *Universitas Medica*, 56(2),178-185. [fecha de Consulta 29 de Julio de 2020]. ISSN: 0041-9095. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2310/231040432006>

GUERRA GARCÍA, Yolanda (2013) “Responsabilidad del Estado por la práctica de la eutanasia en Colombia”, en revista principia iuris No.19. Universidad Santo Tomás, Tunja.

HERNÁNDEZ SUAREZ, L.A., y OYOLA RAMÍREZ, D.P.(2012). Desarrollo normativo del derecho a morir dignamente: homicidio por piedad, suicidio asistido y eutanasia, a partir de 1997. <http://hdl.handle.net/10901/7440>

Le Tourneau, P. (2004). *La responsabilidad civil*. Traducción: Javier Tamayo Jaramillo. 1ra edición en español. Colombia: Editorial Legis.

Ley 100/93, diciembre 23, 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Consultado 02/02/2020. Recuperado http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ley 1733/14, septiembre 8, 2015. Ley Consuelo Devis Saavedra, (Servicios de Cuidados Paliativos). Diario Oficial No. 49.268. Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html#:~:text=Esta%20ley%20reglamenta%20el%20derecho,familias%2C%20mediante%20un%20tratamiento%20integral

Ley 1751/15, febrero 16, 2015. Ley Estatutaria de la Salud. Diario Oficial No. 49.427. Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Ley 23/81, febrero 27, 1981. Ética médica. Consultado 02/02/2020. Recuperado https://www.redjurista.com/Documents/ley_23_de_1981_congreso_de_la_republica.aspx#/

Ley 57/87, abril 15, 1887. Art. 288. Legis Editores S.A. Segunda Edición – 2016. Colombia.

Ley 1564/12, julio 12, 2012. Art. 243. Código General del Proceso. Legis Editores S.A. Segunda Edición – 2016. Colombia.

MENDOZA-VILLA, Juliana María, & HERRERA-MORALES, Luis Andrés (2016). Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(4),324-329.[fecha de Consulta 30 de Julio de 2020]. ISSN: 0120-3347. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1951/195147490011>

MERCHÁN-PRICE, Jorge (2008). La eutanasia no es un acto médico. *Persona y Bioética*, 12(30),42-52.[fecha de Consulta 28 de Julio de 2020]. ISSN: 0123-3122. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=832/83203005>

MinSalud (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de la eutanasia en Colombia 2015. Consultado 20/04/2020. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

PEREIRA OTERO, C. (2013) Alcance del principio de libertad individual en la eutanasia activa a la luz de la Sentencia C-239 de 1997. *Derecho Y Realidad*, Núm. 21, 263-270. ISSN : 1692-3936

Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, 30 de septiembre de 1990. Consultado 10/06/2020. Recuperado de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/CursosProder2004/Bibliografia_genero/UT2/Lectura.2.11.pdf

RAMOS-ORTEGA, M., & Tirado-Álvarez, M. (2018). Insuficiencia de las medidas implementadas por el Estado para la garantía del acceso a la eutanasia en Colombia. *Derecho Y Realidad*, 16(31) e27598-1 https://revistas.uptc.edu.co/index.php/derecho_realidad/article/view/9068

Redacción Vivir (03 julio 2015). Ovidio González ya fue sometido a la primera eutanasia legal en Colombia. Periódico El Espectador. Consultado el 20/07/2020. Recuperado de <https://www.elespectador.com/salud/ovidio-gonzalez-ya-fue-sometido-a-la-primera-eutanasia-legal-en-colombia-article-570008/>

Resolución 1216 /15, abril 20, 2015. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf

Resolución 4006 /16, septiembre 2, 2016. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4006-de-2016.pdf>

Resolución 825 /18, marzo 9, 2018. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>

Resolución 2665 /18, junio 25, 2018. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Consultado 06/09/2020. Recuperado https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf

ROLDÁN GARCÍA, Santiago (2019). Algunas consideraciones para una valoración desde la teología moral al debate sobre la eutanasia en Colombia. (2019). *Revista Iberoamericana de Bioética*, No. 11(2019), 1-22. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.008>

SÁDABA GADAY, Javier (2020). La ética de la bioética. (2020). *Revista Iberoamericana de Bioética*, No. 12, 01-08. <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.008>

SÁNCHEZ-DUQUE JA, ALZATE-GONZÁLEZ MF. Comienzo legal de la eutanasia en Colombia. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2018; 4(1):52-54

SÁNCHEZ GARCÍA, Jaime Iván (2019). Eutanasia en Colombia: aspectos jurídicos, eclesiales y culturales. (2019). *Revista Iberoamericana de Bioética*, No. 11(2019), 01-15. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.006>

TAMAYO JARAMILLO, J. (2007). *Tratado de Responsabilidad Civil*. Tomo I. Medellín, Colombia: Editorial Legis.

VEGA GUTIÉRREZ, Javier (2007). La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia en Holanda. *Cuadernos de Bioética*, XVIII(1),89-104.[fecha de Consulta 6 de Agosto de 2021]. ISSN: 1132-1989. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506204>