MSPS Expediente: D-14.389

Anderson Alberto Lopez Pinilla <alopezp@Minsalud.gov.co>

Mar 08/03/2022 16:38

Para: Secretaria3 Corte Constitucional <secretaria3@corteconstitucional.gov.co>

Bogotá D.C.,

Doctor

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Magistrado Sustanciador

Corte Constitucional

secretaria3@corteconstitucional.gov.co

Calle 12 N° 7 – 65

Palacio de Justicia

Ciudad

ASUNTO: **DEMANDA DE INCONSTITUCIONALIDAD**

Expediente: D-14.389

Accionante: LUCAS CORREA MONTOYA Y OTROS

Norma demandada: Art. 107 Ley 566 de 2000.

Honorable Magistrado Sustanciador,

De manera atenta y en virtud del Decreto 806 de 2020 y concordantes, me permito remitir la comunicación adjunta suscrita por la doctora MELISSA TRIANA LUNA, en calidad de Directora Técnica de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, junto con sus anexos.

ANDERSON ALBERTO LÓPEZ PINILLA
Coordinador Grupo de Defensa Legal
Ext. 5090.

Bogotá D.C.,

Doctor
ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado Sustanciador
Corte Constitucional
secretaria3@corteconstitucional.gov.co
Calle 12 N° 7 – 65
Palacio de Justicia
Ciudad

ASUNTO: **DEMANDA DE INCONSTITUCIONALIDAD**
Expediente: D-14.389
Accionante: LUCAS CORREA MONTOYA Y OTROS
Norma demandada: Art. 107 Ley 566 de 2000.

Honorable Magistrado Sustanciador,

***MELISSA TRIANA LUNA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.706.216, en calidad de Directora Técnica de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la Resolución No. 1566 del 8 de octubre de 2021, posesionada el 11 de octubre de 2021, y en virtud de lo dispuesto por el numeral 9º del artículo 7º del Decreto 4107 de 2 de noviembre de 2011 y de la Resolución 1960 del 23 de mayo de 2014 por la cual se delega en el Director Jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social la representación Judicial y Extrajudicial,* en atención al auto interlocutorio del veintiocho (28) de octubre de dos mil veintiuno (2021) proferido en el expediente de la referencia; me permito presentar **CONCEPTO TÉCNICO** respecto del cargo admitido en el Auto del 30 de agosto de 2021, así:

I. LO QUE SE DEMANDA.

En ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, se admitió el cargo de la demanda contra el artículo 107 Ley 599 de 2000, por presunta vulneración del preámbulo y de los artículos 1, 2, 16, 95-2, 114 y 150 de la Constitución.

II. CONCEPTO TÉCNICO.

1. Suicidio Medicamente Asistido- SMA

Teniendo en cuenta que la demanda interpuesta se refiere de manera puntual a este tipo de muerte médicamente asistida, se abordaran sus características asistenciales y prestacionales de

manera amplia. Y en un apartado posterior se abarcarán las referencias regulatorias que se encuentran disponibles en el mundo.

En primer lugar, la literatura científica ha definido el SMA como un acto médico, cuando está mediado por el abastecimiento, a petición expresa y reiterada de su paciente —capaz y con una enfermedad irreversible, no necesariamente terminal, que le produce un sufrimiento, categorizado como inaceptable que no se ha conseguido mitigar por otras vías—, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee[1].

A pesar de la definición anterior, al revisar las políticas para el acceso al mismo y los protocolos de administración y asistencia de diferentes países, se pueden encontrar diferencias en la denominación, de acuerdo a si existe o no legalización de eutanasia en el país. Dado que, si esta esta permitida, se indica la presencia obligatoria del médico para acompañar la ingesta, como es el caso de Canadá y de los estados australianos, en consecuencia, a lo que las guías canadienses ajustan la definición de SMA, a situación donde el médico provee la sustancia letal al paciente quien la ingiere en presencia de este[2]. Por otra parte países bajos, no lo hace mandatorio, sin embargo se hace referencia al acompañamiento.

La presencia del médico en las guías canadienses[3], se plantea en términos de garantía de que se efectué el procedimiento, se vigile y acompañe a paciente y familia, y se pide que como mínimo estar acompañado por un par o por enfermería, puesto que se considera necesario, que, aunque se haya elegido un protocolo oral, de ingesta autónoma, debe contarse con un protocolo de respaldo endovenoso disponible para inducir la muerte en caso de que el paciente así lo requiera. Situación no abordada en EE. UU ante la legislación limitada a SMA.

- ✓ <u>El Suicidio Medicamente Asistido-SMA como proceso asistencial incluye de manera general:</u>

De manera general el proceso de manejo de una solicitud de SMA hasta la toma de los medicamentos continúa los siguientes pasos.

1. Evaluación de la solicitud por parte del médico y un par posterior a la evaluación inicial.
2. Selección del protocolo oral a usar, depende de disponibilidad de medicamentos.
3. Prescripción del medicamento.

---

1 Snyder, Sulmasy L; PS, Mueller. Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper, Annals Internal Medicine, págs. 576–578, 2017
2 Roest et al. The involvement of family in the Dutchpractice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review.BMC Medical Ethics (2019) 20:23
3Daws. T., and Reggler. J., Medical Assistance in Dying (MAiD) Version 9 – 20160920. Protocols and Procedures Handbook Comox Valley 2016

4. Dispensación del medicamento.
5. Programación del procedimiento (Si es con presencia del médico)
6. Para el procedimiento:

    i. Indicación de pre-medicación, se reporta uso de antieméticos.
    ii. Indicación sobre la oportunidad de rescindir. (Si es con presencia del médico)
    iii. Reiteración previa a la administración. (Si es con presencia del médico)
    iv. Toma de la medicación
7. Según disponibilidad de eutanasia, administración de medicamentos endovenosos según acuerdo de tiempo, en Canadá según acuerdo con el paciente y en Países bajos con inducción de la muerte en una hora máximo.
8. Certificación de la muerte

La literatura reporta que el procedimiento puede tardar de 2 horas a 24 horas[4], de acuerdo con los reportes, bajo lo cual se establece las recomendaciones de contar con la disponibilidad de respaldo endovenoso disponible para inducir la muerte en caso de que el paciente así lo requiera. Situación no abordada en EE. UU ante la legislación limitada a SMA.

Los problemas y complicaciones del procedimiento de muerte médicamente asistida por anticipación a través de eutanasia o SMA, son reportados en la literatura como más frecuentes en los casos de suicidio asistido que en los casos de eutanasia. Con respecto a las complicaciones del procedimiento se reporta la ocurrencia de complicaciones en el siete por ciento de los casos de suicidio asistido, y problemas con la finalización del procedimiento (un tiempo hasta la muerte más largo de lo esperado, no inducir el coma o inducción del coma seguido del despertar del paciente) los cuales pueden ocurrir hasta en el dieciséis por ciento de los casos; en comparación, las complicaciones y los problemas con la finalización ocurrieron en el tres por ciento y hasta en el seis por ciento de los casos respectivamente al tratarse de procedimientos de eutanasia[5]. Estudios de revisión posteriores, han reportado la ocurrencia de complicaciones del suicidio medicamente relacionados con la duración prolongada del proceso de muerte como el más frecuente, seguido de los vómitos, las mioclonías/convulsiones y en otros el mal sabor del cóctel y la necesidad de respaldo intravenoso.[6]

---

[4] La mayoría de los pacientes entran en sedación dentro del los primero 10 minutos de la toma de medicamentos, la mayoría fallece dentro de los primeros 30 minutos, pero algunos pueden tomar 24 horas o más. Aunque se considera que están en un sueño profundo y no sufren, puede que tengan ronquidos fuertes, ruidos guturales, hipo, respiración irregular y piel fría y pálida. Medical Assistance in Dying (MAiD) Version 9 – 20160920. Protocols and Procedures Handbook Comox Valley 2016

[5] Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. N Engl J Med. 2000 Feb 24;342(8):551-6. doi: 10.1056/NEJM200002243420805. PMID: 10684914.

[6] Zworth M, Saleh C, Ball I, *et al* Provision of medical assistance in dying: a scoping review *BMJ Open* 2020;**10**:e036054. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036054

Con respecto a los medicamentos usados, la selección del protocolo de medicamentos depende de lo que se encuentre disponible en el país para tal fin, y estos pueden ser desde un agente simple, pasando por un único medicamento, hasta la combinación de un régimen de medicamentos, los cuales van de inductores del coma, hasta combinaciones con adyuvantes cardiotoxicos[7].

2. Muerte médicamente asistida a través de eutanasia y Suicidio Medicamente Asistido, y la regulación en el mundo[8]

✓ *Países con disponibilidad de Eutanasia y SMA*

El proceso asistencial para la atención de la solicitud de eutanasia y de SMA es, en general, el mismo en los siete países[9] que cuentan con legislación que permite ambas opciones, resaltándose que en nuestro país, la responsabilidad para regular el asunto corresponde al legislador.

Dicho proceso de manejo de la solicitud inicia con la recepción de una solicitud escrita del paciente al médico a cargo de su atención, quien revisa que el paciente cuente con capacidad legal y competencia mental para solicitarlo, revisando siempre el carácter voluntario, considerado y repetido de la solicitud; completado este proceso, el médico procede a dar información sobre la condición médica, el pronóstico vital y las posibilidades de cuidado disponibles, todas a ser definidas de acuerdo al concepto del paciente sobre su sufrimiento, calidad de vida y dignidad; con el propósito de confirmar la ausencia de soluciones razonables a la condición y de posibles presiones externas, siempre se solicita segunda opinión sobre el caso a otro profesional de la medicina.

En todos los países, el reporte de los procedimientos llevados a cabo por los médicos es posterior a su realización y es realizado por medio de un formato con información general a comités o comisiones centralizadas, el tiempo límite de reporte de la información varía con cada legislación. La reciente legislación española[10] hace referencia a la creación de comisiones de garantía y evaluación que podrán verificar de forma previa, y siempre realizarán control posterior.

La selección del procedimiento con el cual se induce la muerte, está definido por la persona frente a las opciones que se encuentren disponibles, a pesar de que la selección sea SMA, se recomienda a los profesionales asistenciales que cuenten con un protocolo endovenoso, en caso de que no se presente la muerte.

---

[7] Ibíd

8 Ver anexo 1 para información sobre la presencia de los procedimientos de inducción a la muerte, Eutanasia y Suicidio Medicamente Asistido como formas de muerte medicamente asistida en el mundo.

[9] En orden de aparición de la legislación, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, España, Nueva Zelanda y Australia. Las variaciones en el manejo de la solicitud y número de segundos conceptos varía según el sistema de medicina familiar y acceso a practicas particulares.

[10] Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Congreso de los diputados. XIV Legislatura. La cual aún no entra en vigor.

Bélgica

La legislación belga[11] se caracteriza por ser la más flexible en general, al no establecer un límite de edad o de proximidad a la muerte, la ley vigente fue promulgada en el 2002 mismo año de la publicación de la Ley de Cuidados Paliativos, y posteriormente fue modificada en el 2014 para eliminar el límite de edad y establecer parámetros de solicitud centrados en las habilidades y capacidades para expresarla. En la interpretación y aplicación de la ley se ha dado prevalencia a la autonomía y a la autodeterminación de la persona para definir su sufrimiento como insoportable y sin posibilidad de mejora.

Con respecto a la expresión de la solicitud, ésta debe ser siempre voluntaria, bien considerada y no es sustituible por medio del consentimiento de terceros, son recibidas expresiones escritas por medio de documentos de voluntad anticipada en escenarios donde se ha perdido la capacidad de expresar la voluntad directamente por razones patológicas, como el estado de coma, pero no en el caso de demencia.

Sobre el sufrimiento secundario al tipo de condición médica no es necesaria la proximidad a la muerte, como previamente se señaló, la condición de la persona solo requiere ser calificada como fútil con sufrimiento físico o mental insoportable, para el caso de mayores de edad, en el caso de menores de edad se señala necesaria la condición de terminalidad, generando una variable al no requerimiento de límite sobre la expectativa de vida; cuando se presenta un caso de solicitud en el que la persona no se encuentra en una condición clínica de fin de vida, terminalidad o agonía, se requiere un tercer concepto por medicina[12].

En 2020 de acuerdo al reporte anual de casos del gobierno es de 2.444, la cual presentó una disminución de casos totales del 7,9%, ningún caso correspondiente a menores de edad. Los reportes no diferencian que casos corresponden a Eutanasia y cuales a SMA.

Países Bajos

Tras casi treinta años de discusión tras la despenalización en la década de los setentas, se legisló en 2002 el proceso de muerte asistida antes enunciado, y compartido por Bélgica y Luxemburgo. El caso holandés es mundialmente referenciado en las discusiones sobre el tema, dada su amplia experiencia en la discusión, teniendo en cuenta su punto de partida sobre la despenalización, el cual trascurrió fundamentalmente a través de la vía judicial, médica y social; por ejemplo, la Real Asociación Médica Holandesa emitió en 1984 unos criterios orientativos para los médicos sobre

[11] Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia, completada por la ley del 10 de noviembre de 2005.
[12] Parrerias Reis de Castro. M. Guilherme C.A, et al, Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática Rev. bioét. (Impr.). 2016; 24 (2): 355-67

la práctica de la eutanasia que han sido fundamentales[13] para la discusión y la aplicación del procedimiento.

Con respecto a las condiciones del solicitante, no es necesaria la presencia de una expectativa de vida limitada o corta, y al igual que en Bélgica la relevancia del sufrimiento de quien eleva la solicitud es la primera condición a revisar tras la expresión siempre voluntaria, bien considerada y no sustituible.

El médico tiene el deber informar al paciente acerca de su estado de salud y esperanza de vida, para que juntos puedan concluir que no existe otra alternativa razonable, el límite de edad se ubica en los doce años y la condición de terminalidad no es necesaria, sin embargo, sí debe ser claro que no existe prospección de mejora sobre lo que conduce a la decisión debido al sufrimiento que le provoca a la persona. La segunda opinión por otro médico es mandatoria.

El más reciente debate en los Países Bajos está relacionado con el aumento de casos de eutanasia en pacientes con demencia, donde se considera que es necesario aumentar la verificación de las condiciones de sufrimiento insoportable en el caso de pacientes que hicieron solicitudes previas por medio de documentos de voluntad anticipada, por primera vez en 2020 fue llevado a un juzgado un médico, por realización de un procedimiento eutanásico a un paciente con demencia sin cumplir con los requisitos debidos relacionados con el documento de voluntad anticipada.

El último reporte sobre los casos publicado por las comisiones regionales de verificación de la eutanasia - CRV, corresponde al 2019[14] año en el que recibieron 6.361 notificaciones de eutanasia, las cuales corresponden al 4,2 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2019, lo que supone un aumento del 3,8 % del número de notificaciones con respecto a 2018 (6.126 notificaciones). Con respecto a la proporción Eutanasia y SMA, 6092 casos corresponden a eutanasia, y 245 de SMA y 24 combinación de ambas. Durante el 2019 no se reportaron menores de edad.

Luxemburgo

La ley promulgada en 2009[15], es más parecida a la Belga que a la Holandesa, en ella se busca asegurar que el médico que practique el procedimiento revise reiteradamente por medio de múltiples conversaciones que, el paciente ha considerado bien la solicitud tras identificar que es legalmente competente para elevar la solicitud. En el caso de tener entre 16 y 18 años, debe garantizarse que sus guardianes legales estén de acuerdo con la solicitud. La solicitud es

[13] Simon Lorda, P. Barrio Cantalejo I. LA EUTANASIA EN BÉLGICA, Rev Esp Salud Pública 2012; 86: 5-19
[14] INFORME ANUAL 2019. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Disponible en https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports
15 Information on requesting euthanasia or assisted suicide. https://guichet.public.lu/en/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide.html

requerida por escrito, siempre debe ser voluntaria y repetida, no derivada de presiones externas, no puede ser sustituible, pero puede ser elevada a través de un documento de voluntad anticipada.

Con relación a la condición de salud del paciente y la expectativa de vida, no hay un límite establecido frente al diagnóstico de terminalidad, pero sí debe establecerse la presencia de una condición incurable que genere sufrimiento físico o mental insoportable y constante, ante el cual se hayan agotado de acuerdo al paciente las posibilidades terapéuticas razonables, la evaluación es permanente y debe evidenciar también la presencia de sufrimiento, la incurabilidad y que la solicitud de adelantar la muerte haya sido repetida.

El más reciente informe de la comisión nacional del país reporta para el 2020, un total de 41 casos.

Canadá

La legislación canadiense, fue aprobada en 2015 y entró en vigencia en 2016, tras un periodo de aprobación parcial en la provincia de Quebec, parte de la creación de exenciones al delito de homicidio cuando se da por la asistencia médica o de enfermería profesional, en las provincias donde esté permitido, especifica los criterios de elegibilidad y seguros que deben ser respetados antes de la actuación para la asistencia a la muerte. Es la primera legislación en crear nuevos delitos relacionados con el incumplimiento de los seguros establecidos por esta, como los delitos a causa de modificar o destruir documentos relacionados con los procesos de muerte asistida, así como por fallar en entregar información requerida o actuar en contra de lo establecido por la legislación.

Aunque la legislación establece las condiciones de mayoría edad para presentar la solicitud, poder expresarla de forma directa, reconoce enfáticamente la necesidad de seguros robustos para prevenir abusos y errores, en especial enfatiza en la necesidad de proteger a las personas vulnerables de ser inducidas en momentos de debilidad a terminar con su vida.[16]

Las condiciones de elegibilidad, parten de la mayoría de edad y de contar con capacidad para la toma de decisiones con respecto a su propia salud, tener una condición médica irremediable y amenazante para la vida, sobre la solicitud indica la voluntariedad directa no resultado de presiones externas y resultado de un proceso de información para configurar el consentimiento, información que debe incluir todos los medios disponibles para aliviar el sufrimiento incluyendo el cuidado paliativo. También, para ser elegible se debe poder dar consentimiento directo inmediatamente antes de la inducción a la muerte.

[16] Bill C 14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). 2015-2016. Available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: Disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : http://www.parl.gc.ca

Con relación a la condición médica irremediable y amenazante para la vida, esta debe ser seria e incurable, enfermedad o discapacidad en un estado avanzado de declinación irreversible de la funcionalidad, en la cual la muerte natural se considera razonablemente cercana teniendo en cuenta todas las circunstancias médicas, sin embargo, no es necesario encontrase en una condición terminal o agónica para ser elegible.

En términos estadísticos, excluyendo la provincia de Quebéc, hasta octubre de 2018, se habían reportado 2.613 defunciones por eutanasia y 1 por SMA, de las cuales más del 64% corresponden a condiciones oncológicas y el 36% no oncológicas[17].

España

La legislación española[18], se orienta al respeto de la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de alguien que está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, con el reconocimiento al derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir, dividiendo las opciones entre aplicación directa de medicamentos (eutanasia) y prescripción para la autoadministración (suicidio médicamente asistido).

Dentro de los requisitos para recibir la prestación indica: la nacionalidad o permanencia mayor a 12 meses, mayoría de edad, estar en capacidad y conciencia en el momento de la solicitud, haber recibido cuidados paliativos, haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria por medios documentales. La condición debe ser certificada por el médico responsable, y la solicitud debe ser voluntaria de manera inequívoca y no sustituible, se permitirán los documentos de voluntad anticipada.

Con respecto a las otras legislaciones, es la segunda en introducir de manera directa el concepto de objeción de conciencia. Y la primera en describir de manera directa los deberes del personal sanitario frente a las personas, así como las obligaciones de las instituciones y administraciones que garantizarán las atenciones. El proceso asistencial cuenta con la evaluación de dos profesionales, médico responsable y médico consultor.
Nueva Zelanda

---

[17] Fourth Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada. Gobierno de Canadá, Abril del 2019. Disponible en https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019.html

[18] Inicia por aclarar que "en sus doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la lex artis), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente —cuidados paliativos—) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia."

La legislación[19] hace referencia a la muerte médicamente asistida por eutanasia y suicidio médicamente asistido, permite la administración o prescripción por médicos y enfermeras profesionales. Es la tercera en hacer referencia específica a la objeción de conciencia y la primera[20] en hacer referencia a la evaluación de la capacidad mental por psiquiatría en caso de duda por parte de los profesionales sanitarios sobre la competencia mental para realizar la solicitud y dar consentimiento.

Con respecto a las condiciones de la persona que solicita la muerte medicamente asistida, por SMA o por eutanasia, debe ser mayor de 18 años, y contar con residencia permanente o nacionalidad, con respecto a la condición de enfermedad esta debe ser una enfermedad terminal que probablemente termine con la vida de la persona en los próximos 6 meses y que esté en un estado avanzado de declinación física, experimentando sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en una manera que la persona considere tolerable, de la misma manera que debe ser competente para tomar la decisión al respecto de la asistencia a la muerte.

Presenta de manera directa exclusiones, como edad avanzada, sufrimiento por un desorden o enfermedad mentales o discapacidad de cualquier tipo como condiciones únicas y de base para solicitar la asistencia.

La solicitud debe ser escrita, y revisada por dos profesionales sanitarios, quienes deben realizar valoraciones completas, y pueden requerirse terceras opiniones o valoraciones por psiquiatría.

Australia

La legislación australiana[21], ha sido denominada muerte asistida voluntaria, incluye el SMA y la Eutanasia, y cuenta con leyes en cinco de los seis estados de Australia, de la cuales se encuentran operando las de Victoria y Australia Occidental, y entrarán en vigor, en el siguiente orden; Tasmania el 23 de octubre de 2022, Australia del Sur a principios de 2023 y Queensland el 1 de enero de 2023.

Las legislaciones estatales, hacen referencia a la asistencia brindada a una persona por un médico para terminar con su vida, describiéndola como opciones, de 'autoadministración', donde la persona toma la medicación VAD por sí misma (esto a veces se denomina suicidio asistido) y "administración de un médico", en la que un médico (o en algunos estados australianos, una enfermera especializada o una enfermera titulada) le administra el medicamento a la persona (esto a veces se denomina eutanasia).

---

[19] End of Life Choice Bill, Member´s Bill. https://www.legislation.govt.nz/bill/member/2017/0269/latest/LMS183715.html

[20] Diferente a Colombia, en cuyo caso es obligatoria para todos los pacientes que presentan la solicitud, con la opción de ser valorado por psicología.

[21] Legal Overview. Voluntary Assisted Dying Disponible en: https://end-of-life.qut.edu.au/legal-overview

Para que sea atendida la solicitud, se requiere que sea una elección voluntaria de la persona, quien sea competente para decidir acceder a la asistencia brindada a una persona por un médico para terminar con su vida. Ser mayor de 18 años, siendo ciudadano o residente por más de 12 meses en los Estados, con competencia mental, cursando con una condición o enfermedad de características incurables, avanzadas, progresiva que va a causar la muerte, muerte que se espera sea en los próximos seis meses, o en el caso de enfermedades neurodegenerativas dentro de los próximos doce meses. Se hace énfasis en que la discapacidad o la enfermedad mental como únicas causales de la solicitud.

El reporte más reciente disponible, del estado de Victoria del periodo de enero a junio de 2020, informa que, de las 154 prescripciones dispensadas, se han reportado 104 muertes por SMA y 20 por Eutanasia[22].

3. Regulación del Suicidio Medicamente Asistido- SMA

El primer país del mundo en despenalizar el suicidio asistido fue Suiza en 1942, su legislación no regula con claridad y especificidad las condiciones o el proceso a llevar a cabo, y la despenalización solo aplica cuando es por razones altruistas, es además el único país en el mundo que permite el suicidio asistido para residentes y extranjeros por igual. Dentro de las características que le diferencian del resto de países en términos de prestación, es importante tener en cuenta que los procesos están reducidos a un grupo de instituciones, 5 a 6 instituciones específicas de servicios particulares, donde se realiza la prescripción y acompañamiento para la administración de los medicamentos y en las cuales se tienen diferentes criterios de selección para los candidatos[23].

En los Estados Unidos, el suicidio médicamente asistido cuenta con actos regulatorios en once Estados, siendo Oregón referente de normas en espejo para los Estados que le han seguido, donde se cuenta con reglamentación desde 1997. El acto de muerte con dignidad de Oregón[24], establece las condiciones para la obtención del medicamento, que deberá ser ingerido por la persona que solicita la muerte asistida, y se establece el proceso de expresión de la solicitud y sus tiempos de espera[25], así como la notificación de la realización del procedimiento. El más reciente reporte, del año 2018, da cuenta de 249 prescripciones recibidas de las cuales se

22 Voluntary Assisted Dying report of operations (January to June 2020). Disponible en https://www.bettersafercare.vic.gov.au/publications/VADRB-january-to-june-2020

23 Steck N, Egger M, Maessen M et al, Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States : systematic literature review. Med Care. 2013 Oct;51(10):938-44. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182a0f427.

24 Oregon Revised Statute: Oregons Death with Dignity Act. Disponible en https://www.oregon.gov/oha/ph/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx

25 Los tiempos de espera pueden variar entre estados así como la necesidad de que la solicitud sea siempre escrita.

reportaron 168 muertes como resultado de la ingestión de estas, incluyendo 11 personas que habían recibido el medicamento en años previos[26].

Los actos o reglamentaciones estatales en Estados Unidos, tienen como norma general que la posibilidad de solicitar el suicidio asistido se limite a la mayoría de edad y que la persona sea capaz de expresar esta solicitud, sobre el médico establece que sea un médico que conozca el caso, quien tiene la función de establecer la condición médica de la persona y las características de la decisión informada, lo que implica definir que está presente una enfermedad terminal y que hay sufrimiento relacionado con ésta, si hay evidencia de capacidad para expresar la solicitud de forma voluntaria, y además que esta decisión se toma en conocimiento de las alternativas posibles de cuidado de confort, cuidado del dolor y cuidado paliativo.

El consentimiento directo es siempre por escrito, aunque se reciban en algunos Estados solicitudes verbales, y siempre se realiza la revisión de la historia clínica de la persona que lo solicita por un segundo médico para confirmar el diagnóstico realizado por el médico que aceptó la solicitud inicial, y para revisar si el caso cumple con: la revisión de la presencia de sufrimiento por la enfermedad terminal, la capacidad para estar expresando la decisión, la voluntariedad de la misma y para confrontar que en efecto se esté haciendo una solicitud informada.

Más de 35 Estados se fueron sumando a la iniciativa en el transcurso de dos décadas, sin embargo, solo 11 Estados más cuentan con reglamentaciones vigentes:

1. Washington[27] (*Death With Dignity Act; 2008*) cuyo último reporte anual, 2017, informa un total de 212 solicitudes en las cuales se dispensó el medicamento y de las cuales se conoce que 196 personas fallecieron, de estos 19 fallecieron sin haber ingerido la medicación, resultando en un total de casos de 164 personas fallecidas por ingestión de medicamentos prescritos para el suicidio asistido para el año en mención[28].
2. Vermont[29] (*Patient Choice and Control at the End of Life Act; 2013*), cuyo último reporte, 2018, informa un total de 52 solicitudes en el intervalo de 2013 a 2017, solicitudes en las cuales se dispensó el medicamento y de las cuales se conoce que 48 personas fallecieron, de estas se reporta que solo 29 personas fallecieron a causa del uso de la prescripción solicitada para adelantar el momento de muerte[30].

---

[26] Oregon Death with Dignity Act, Data Summary 2018. Disponible en https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year21.pdf
[27] The Washington Death with Dignity Act. Disponible en https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245&full=true
[28] Washington State Death with Dignity Act Report. Disponible en https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2017.pdf
[29] Act 39, Vermont Patient Choice and Control at the End of Life Act Disponible en http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf
[30] Report Concerning Patient Choice at the End of Life Disponible en https://legislature.vermont.gov/assets/Legislative-Reports/2018-Patient-Choice-Legislative-Report-12-14-17.pdf

3. California[31] (*End of Life Option Act; approved in 2015, in effect from 2016*), cuyo último reporte, 2018, informa la prescripción de 452 solicitudes, de las cuales se reportó el fallecimiento por ingestión de ésta en 337 personas, el reporte resalta que 23 de los registros de fallecimiento corresponden a prescripciones del 2017[32].
4. Colorado[33] (*End of Life Options Act; 2016*), cuyo último reporte, 2018, reporta la prescripción de 125 solicitudes sobre las cuales se reportó el fallecimiento de 104 personas[34].
5. District of Columbia (*D.C. Death with Dignity Act; 2016/2017*)[35], cuyo último reporte, 2018, informa la prescripción de cuatro solicitudes de las cuales se conocen 2 fallecimientos secundarios al uso de la medicación[36].
6. Hawaii[37] (*Our Care, Our Choice Act; 2018/2019*), entró en vigencia en enero de 2019 y en julio del mismo año se presentó el informe de los primero cinco meses de implementación, que arrojó la prescripción de 8 personas de las cuales se han notificado 2 defunciones relacionadas con el uso de ésta[38].
7. New Jersey[39] (*Aid in Dying for the Terminally Ill Act; 2019*), entró en vigor a partir del 01 de agosto de 2019.
8. Maine[40] (*Death with Dignity Act; 2019*) entró en vigencia en junio de 2019.
9. Nuevo Mexico[41] *(the Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act; 2021*) entró en vigor en junio de 2021.

Las reglamentaciones referenciadas, sobre el proceso asistencial derivado de la solicitud para adelantar el momento de muerte por medio del suicidio médicamente asistido, retratan el acceso a el SMA por disponibilidad, cuando es el único medio de anticipación de la muerte, con características definidas por sus legislaciones, y siendo el medio no preferente cuando existen las dos opciones, eutanasia y SMA. Adicionalmente, hay heterogeneidad en la manera en la que se da el acceso al medicamento, los tipos de medicamentos y la forma de acompañamiento al

---

[31] California's physician-assisted dying law, ABX2-15 (AB-15), the End of Life Option Act. Disponible en https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15

[32] CALIFORNIA END OF LIFE OPTIONA CT 2018 DATA REPORT Disponible en https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2018.pdf

[33] Proposition 106, the End of Life Options Act Disponible en http://www.leg.state.co.us/LCS/Initiative%20Referendum/1516initrefr.nsf/b74b3fc5d676cdc987257ad8005bce6a/99fbc3387156ab5c87257fae00748890/$FILE/2015-2016%20145bb.pdf

[34] COLORADO END-OF-LIFE OPTIONS ACT, YEAR TWO 2018 DATA SUMMARY, WITH UPDATES TO 2017 DATA Disponible en https://drive.google.com/file/d/1FmoyCcL2gHopDO9rCJ2lGFEMUye8FQei/view

[35] District of Columbia B21-0038 Disponible en http://lims.dccouncil.us/Download/33261/B21-0038-Introduction.pdf

[36] District of Columbia Death with Dignity Act 2018 Data Summary https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page_content/attachments/DWD%20Report%202018%20Final%20%20%208-2-2019.pdf

[37] Our Care, Our Choice Act, Disponible en https://health.hawaii.gov/opppd/files/2018/11/OCOC-Act2.pdf

[38] Información sobre el reporte disponible en https://www.deathwithdignity.org/news/2019/07/hawaii-first-report-implementation/

[39] **New Jersey's Aid in Dying for the Terminally Ill Act** Disponible en https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2015/10/2019-NJ-Aid-in-Dying-for-the-Terminall-Ill-Act.pdf

[40] Maine Death with Dignity Act https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2015/10/2019-ME-LD-1313-Approved.pdf

[41] New Mexico End-of-Life Options Act. Disponible en https://endoflifeoptionsnm.org/end-of-life-options-act/about-the-end-of-life-options-act/

paciente, características que pudieran desencadenar barreras y riesgos para su correcta y segura aplicación; lo cual supone la necesidad de fijación de condiciones y altos de seguridad que incluyan la garantía para el acceso a la prescripción o la ingestión de esta, y las consecuentes acciones, en caso de considerarse la viabilidad de continuar con la realización de la eutanasia. Todos, asuntos que deben ser analizados de manera amplia y suficiente de acuerdo al sistema sanitario donde se espera dar disponibilidad a la opción de muerte médicamente asistida – SMA.

Para concluir, tal y como se mencionó en el apartado previo, la inclusión de otra opción de muerte medicamente asistida en el país, requeriría de una discusión a profundidad, cuya competencia recae en el Legislador preferentemente con un desarrollo por vía estatutaria, en especial, teniendo en cuenta la complejidad que supondría la inclusión del SMA como proceso asistencial, en tanto diferenciación asistencial para el manejo de la solicitud, con respecto a los tipos de servicios de prestación disponibles y la complejidad de los mismos en los niveles de atención, el acceso a medicamentos y la disponibilidad de los medicamentos en el país lo que incluye modificación de registros de medicamentos vigilados algunos de ellos monopolio del Estado, de la misma manera que la viabilidad de la articulación con las formas de ejercer el derecho disponibles.

4. Sobre el rol del médico y el ejercicio de la medicina

Tras haber expuesto, de manera amplia la muerte médicamente asistida, los desarrollos técnicos y bioéticos frente al derecho fundamental a morir con dignidad y el agenciamiento frente a las opciones que la persona puede tener ante el momento de muerte, se considera prioritario, en el contexto de la demanda tener en cuenta que la pretensión de señalar una despenalización condicionada sobre la asistencia al suicidio, debe hacerse un llamado a que, cuando se trata de las opciones de muerte medicamente asistida que buscan adelantar el momento de muerte, se trata no solo de responder con acciones humanitarias ante situaciones que afecten las esferas de sufrimiento y desarrollo del concepto de bienestar a partir de la noción de calidad de vida en salud partiendo del principio de dignidad humana, **sino de enmarcar en un acto médico, nuevas condiciones y funciones de la medicina, que en este caso tienen como propósito la muerte de una persona, lo que supone exponer a los profesionales de la salud a que estén de acuerdo con hacer parte del proceso, pues tal y como lo denominan algunas legislaciones relacionadas con el tema a prestar ayuda para morir, ningún profesional debe ser obligado a ser parte de la voluntad del paciente, sea por incompatibilidad moral o por diferencias sobre la condición objetiva del paciente cómo origen de la solicitud**.

Es por ello, que no debe perderse de vista que establecer los medios para conseguir inducir la muerte, no es entonces algo que se limita a reconocer la posibilidad del actuar por solidaridad o en reconocimiento al libre desarrollo de la personalidad; sino que incluye la necesidad de establecer medidas de acceso concretas, objetivas de las características del proceso sin que resulten desproporcionadas frente a la voluntariedad, el cuidado y la ponderación de la

construcción de bienestar; y que tampoco resulten en una erosión de la relación médico-paciente, y pacientes-sistema sanitario.

Cuando se trata del acompañamiento del proceso y momento de la muerte, el rol de la medicina y la enunciación de la autonomía, la dignidad humana y el autogobierno, los debates éticos, bioéticos y asistenciales, siguen sosteniéndose, a razón de que a mayor autonomía se evidencia mayor necesidad de reglamentación y organización de para la prestación. Lo cual, conduce a cambios en la relación médico-paciente, y paciente-servicios sanitarios, modificaciones y adaptaciones que han elevado cuestionamientos sobre el mismo núcleo de la razón de la medicina cómo disciplina, lo cual no debe perderse de vista al momento de deliberar con el objeto de determinar contenidos a partir de los cuales se deban construir políticas y regulaciones racionales.

La construcción de las cuales, debe procurarse, sobre la seguridad jurídica, la transparencia y la confianza; teniendo como punto de partida que el respeto por la autodeterminación en la pluralidad moral de los sujetos no debería resultar en el absoluto relativismo moral, que imponga cargas a los médicos o al sistema de salud, y que incluso resulte afectando de manera negativa la idea de cuidado al final de la vida. Adicionalmente, la discusión debe preocuparse además por identificar los límites de la intervención biomédica sobre el cuerpo cuando transcurren entre fronteras borrosas sobre el deseo y la necesidad, frente a la autonomía y la propia interpretación de la salud, al punto de convertirse en exigencia al médico y a los sistemas de atención sanitaria, sin que medie ningún criterio objetivo proveniente de la *lex artis* médica, quedando el profesional de la salud sujeto simplemente al criterio subjetivo del paciente o de la persona —que aún con perspectivas de manejo y de clara supervivencia en el mediano y largo plazo—, argumenta estar sujeta a un sufrimiento indecible ya sea de tipo físico, psíquico o inclusive, de tipo moral.

La delimitación de tales exigencias, supone un debate serio y detenido, pues la continua evolución de la medicina como disciplina inicialmente tan deseada con activa responsabilidad de cura, luego de paliación, y rehabilitación, tiene una tendencia presente a responder a la idea de satisfacer los deseos de forma y voluntad de sus usuarios, no siempre pacientes. La medicina del deseo[42], término acuñado en 2006, afirma que el nuevo paciente (nuevo cliente) no necesita de los saberes y procedimientos médicos para convertir el sufrimiento de la enfermedad en la infelicidad de la normalidad, sino que precisa tales saberes y procedimientos para aproximar y ajustar las condiciones de su propio cuerpo "*al estilo de vida que desea*", lo cual lleva al médico al servicio del deseo del paciente, pero en asuntos que no son necesariamente misión de este profesional; afectando la relación de la finalidad terapéutica, pues se pone al servicio del deseo y de las preferencias personales la tecnología y el conocimiento, que para el tema que motiva el presente concepto, se han enmarcado en (i) el deseo de morir sin sufrimiento, (ii) la eutanasia, (iii) el

[42] UN EXPECTANTE ENFOQUE MÉDICO: LA MEDICINA DEL DESEO. Comunicación del académico de número Hugo O. M. Obiglio, en sesión privada de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, el 9 de abril de 2014. ISSN: 0325-4763

suicidio médicamente asistido, (iv) técnicas de consecución de prolongación biológica y de inmortalidad (criogénesis).

En este llamado de atención a la introducción a la medicina del deseo, para la toma de decisiones sobre el final de la vida y selección de la forma en la que se llega al momento de muerte, cabe mencionar además que es resultado de un *continuum* de la evolución del paradigma de la medicina, que a mayor determinación de la persona se dé un efecto paradójico sobre el carácter de la profesión en términos de cuidado y abnegación, tal y como se ha señalado en algunos espacios, con afirmaciones como que el acompañamiento de la muerte por medios activos es una obligación de cuidado y por ello deber del médico. Es sobre lo anterior que se pone a consideración, que la importancia de acuerdos mínimos, requieren una discusión seria y no **limitada a un cuestionamiento de orden jurídico**, que abre la puerta a litigios estratégicos en forma desordenada y anómala, ante la falta de claros criterios objetivos y de clara comprensión social y específicamente por las personas que quieren acceder a este tipo de procedimientos. En tanto, la situación a cuestionar ha dejado de ser que tan difícil debe ser morir dignamente y sin sufrimiento, a que tan fácil debería ser responder al deseo de morir, es por ello que se recuerda que la premisa de la anticipación de la muerte ha sido históricamente desarrollada sobre la excepcionalidad y el carácter extraordinario de su ocurrencia, independientemente de la vía por la cual se llegue.

Por otra parte, las divergencias entre las opciones para el ejercicio de derechos al final de la vida en ponderación con las libertades individuales, la garantía de la integridad física, el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana y la solidaridad en el marco del sistema general de seguridad social en salud del país, deben ser revisadas de manera contextual y sobre la realidad de capacidad instalada en tecnologías en salud, lo que incluye el conocimiento disponible para la atención; pues de ello depende la garantía de acceso a las opciones mínimas de alivio del sufrimiento y cuidado integral, puesto que puede perderse en la intención de reconocer y delimitar el ejercicio de los derechos individuales, la posibilidad de garantizar salvaguardas y procesos asistenciales seguros. En especial porque, en el reconocimiento a la dignidad humana, la integridad y su relación con el sufrimiento, la prioridad debe orientarse de manera primordial a la atención y cuidado de las personas, al alivio de sus necesidades y sufrimiento, que permitan la toma de decisiones sin presiones externas o internas, y bajo la construcción de un proyecto de final de vida, no carente de sentido, y que pueda responder a la obligación de prevención de una solicitud relacionada o definida por la falta de acceso a un alivio posible y razonable.

5. Conclusiones

Teniendo en cuenta los desarrollos técnicos y ético-jurídicos, expuestos desde el enfoque de la bioética se puede indicar que:

- En Colombia la inclusión de otra opción de muerte medicamente asistida en el país, requiere una discusión a profundidad, cuya competencia recae en el Legislador, con

un desarrollo por vía estatutaria, en especial, teniendo en cuenta la complejidad que supondría la inclusión del SMA como proceso asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Tal y como lo menciona la honorable Corte Constitucional en la sentencia C-233 de 2021, la eficacia del derecho depende de la adecuada prestación de los servicios. Adicionar vía jurisprudencial a través de la despenalización, otra opción de muerte médicamente asistida, sin la debida y adecuada discusión a profundidad, puede tener repercusiones negativas en la garantía del derecho, en especial en la adecuada prestación de los servicios de salud.
- Las legislaciones que han dispuesto a través de debates amplios ambas alternativas (Eutanasia y Suicido Medicamente Asistido), lo han hecho por medio de leyes y disponen además tiempos prudentes de transición, intervalos que van de 12 a 24 meses como es el caso de Australia o Nueva Zelanda.
- Llevar a la prestación de servicios el SMA requiere de una estructura de prestación de servicios, primordialmente de acceso a medicamentos y red de prestación para su dispensación, vigilancia y control, diferente a la que se usa en Eutanasia, aunque las dos pertenezcan a formas de muerte medicamente asistida, en especial requeriría de una definición contextual.
- Adicionar un proceso asistencial, que requiere revisiones operativas diferenciadas, acceso a medicamentos diferentes y que desde la literatura científica deben contar con el respaldo de los ya disponibles de manera endovenosa, lleva a cuestionar si se requiere realmente de otra alternativa, cuando se puede garantizar la inducción de la muerte de manera más efectiva y con menor frecuencia de complicaciones.
- Incluir una opción adicional por vía despenalización, impacta la manera en la que se va a desarrollar lo previamente desarrollado a través de la jurisprudencia, además de profundizar las ya complejas tensiones jurídico-asistenciales resultado de la ausencia de una ley sigue generando.
- La regulación vigente en el país permite el ejercicio del derecho fundamental a morir con dignidad sin diferenciar el origen de la patología, lesión o diagnóstico, lo que admite que las personas ejerzan sus derechos frente a la evaluación de medidas objetivas de pronóstico, control sintomático, alivio del sufrimiento, y que a través del agenciamiento, se busque garantizar el cuidado integral del proceso de muerte para que ninguna persona se vea avocada a adelantar el momento de muerte por falta del cuidado debido.
- El derecho a morir con dignidad no contiene alternativas infinitas, esta denominación ha sido usada para validar el acceso a opciones de la muerte médicamente anticipada, según el origen de las regulaciones en cada país, afirmar que el SMA es una opción igual a la Eutanasia es desconocer las diferencias conceptuales, procedimentales y asistenciales.
- A la fecha no se impide que se presten asistencias para el proceso de muerte, extender el derecho a un procedimiento adicional que supone modificaciones prestacionales y que compromete otros espacios de la prestación debe corresponder al Legislador, no

a un nuevo escenario de despenalización vía jurisprudencia y regulación Ministerial. La ausencia de la opción SMA no limita el derecho fundamental a morir dignamente de manera anticipada, ni impide prestar la asistencia cuando se cumple con condiciones para acceder a tal opción y se han agotado las alternativas de cuidado debido, o estas han sido rechazadas por la persona.

III. ANEXOS

1. Documentos que acreditan la calidad en que actúa la suscrita.

IV. NOTIFICACIONES.

Las recibiremos en la Carrera 13 No. 32-76 Piso 10°, Edificio Urano, Bogotá D.C. Teléfono: 3305000 ext 5059 y en los correos electrónicos lbustamante@minsalud.gov.co y notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Del H. Magistrado, con el debido respeto,

MELISSA TRIANA LUNA
Directora Jurídica

Revisó: alopezp
Concepto técnico 202121000368343.

La salud es de todos | Minsalud

ACTA DE POSESIÓN 110

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los once (11) días del mes de octubre de 2021, se presentó ante la suscrita

SECRETARIA GENERAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La doctora **MELISSA TRIANA LUNA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.706.216, con el objeto de tomar posesión del empleo de **Director Técnico Código 0100 Grado 23**, de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, para el cual fue nombrada con carácter ordinario mediante Resolución No. 1566 del 8 de octubre de 2021.

Manifestó no estar incursa en causal alguna de inhabilidad general o especial, de incompatibilidad o prohibición de las establecidas por los Decretos 2400 de 1968 y 1083 de 2015, Ley 734 de 2002 y demás disposiciones vigentes para el desempeño de empleos públicos.

Una vez verificados los requisitos para el cargo, prestó el juramento ordenado por el artículo 122 de la Constitución Política, efectuándose la correspondiente posesión.

En constancia de lo actuado, firman:

La Secretaria General,

La Posesionada,

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 01960 **DE 2014**

(23 MAY 2014)

Por medio de la cual se efectúan unas delegaciones y se regula la constitución de apoderados para la representación judicial y extrajudicial del Ministerio de Salud y Protección Social

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el artículo 9 de la Ley 489 de 1998 y,

CONSIDERANDO

Que de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9º de la Ley 489 de 1998, para la debida atención de sus asuntos, las autoridades administrativas pueden transferir el ejercicio de funciones mediante delegación a sus empleados públicos de los niveles directivo y asesor, a través de acto administrativo que lo regule.

Que el Decreto 1716 de 2009 señala que el Comité de Conciliación es una instancia administrativa que actúa como sede de estudio, análisis y formulación de políticas sobre prevención del daño antijurídico y defensa de los intereses de una entidad pública.

Que el artículo 5 del decreto en comento, señala que "Los interesados, trátese de personas de derecho público, de particulares o de personas jurídicas de derecho privado, actuarán en la conciliación extrajudicial por medio de apoderado, quien deberá ser abogado inscrito y tener facultad expresa para conciliar".

Que mediante Resolución 113 de 2012 se asignó al Comité de Conciliación del Ministerio de Salud y Protección Social la función de determinar, en los casos sometidos a su estudio, la procedencia o improcedencia de la conciliación, indicando la posición institucional que fije los parámetros dentro de los cuales el representante legal o el apoderado debe actuar en las audiencias de conciliación.

Que de acuerdo con lo establecido en el numeral 3 del artículo 6 del Decreto - Ley 4107 de 2011 el Ministro de Salud y Protección Social es el representante legal del Ministerio.

Que mediante Resolución 0050 de 2012 se efectuaron unas delegaciones y se regula la constitución de apoderados para la representación judicial y extrajudicial de este Ministerio.

Que con el propósito de ejercer la debida representación de los intereses de la entidad en los procesos judiciales y extrajudiciales, así como en las audiencias de conciliación prejudicial y extrajudicial que se surtan dentro de las diferentes actuaciones y en los que el Ministerio de Salud y Protección Social sea parte o tercero interviniente, se hace necesario precisar la facultad de representación legal y judicial

del Director Jurídico y del Subdirector de Asuntos Jurídicos de los Fondos y Cuentas de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Delegar en el **DIRECTOR JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, la representación judicial y extrajudicial en los procesos y actuaciones que instauren en contra del Ministerio o que éste deba promover, de acuerdo con lo previsto en el numeral 9 del artículo 7 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y consecuente con ello, las siguientes facultades:

a) Recibir todas las notificaciones dispuestas por las autoridades judiciales y administrativas, respecto de los procesos, conciliaciones, acciones de tutela, acciones de cumplimiento, acciones populares y acciones públicas de constitucionalidad, así como las provenientes de las autoridades administrativas en general, de la Nación. Ministerio de Salud y Protección Social sea parte o tercero interviniente.

b) Representar legalmente al Ministerio en las audiencias de conciliación prejudicial, judicial, de pacto de cumplimiento y en general, todas las audiencias prejudiciales, extrajudiciales, judiciales o administrativas que así lo requieran y conciliar en los términos de las recomendaciones dadas por el Comité de Conciliación de conformidad con las disposiciones legales vigentes y en los temas de competencia de la Dirección.

c) Constituir apoderados para que representen los intereses de la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social, en los procesos judiciales y diligencias extrajudiciales o administrativas en los que sea parte o tercero interviniente, con facultad expresa para conciliar, cuando corresponda.

Parágrafo 1. Los abogados de nivel asesor de la Dirección Jurídica estarán facultados, en ausencia del Director Jurídico, para recibir las notificaciones provenientes de las autoridades judiciales y administrativas.

Parágrafo 2. Los abogados asesores de la Dirección podrán ejercer la representación legal del Ministerio en las audiencias de conciliación prejudicial, judicial de pacto de cumplimiento y en general de las audiencias judiciales, extrajudiciales o administrativas que así lo requieran, de conformidad con las disposiciones legales vigentes y en los temas de competencia de la Dirección.

Artículo 2. Delegar en **EL SUBDIRECTOR DE ASUNTOS JURÍDICOS DE LOS FONDOS Y CUENTAS DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**, la representación judicial y extrajudicial en los procesos y actuaciones que instauren en contra del Ministerio o que éste deba promover, en los asuntos de su exclusiva competencia, según lo previsto en el numeral 2 del artículo 38 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y consecuente con ello, las siguientes facultades:

a) Recibir, en los asuntos relacionados con las funciones de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, todas las notificaciones dispuestas por las autoridades judiciales y administrativas, respecto de los procesos, conciliaciones, acciones de tutela, acciones de cumplimiento, acciones

populares y acciones públicas de constitucionalidad, así como las provenientes de las autoridades administrativas en general, de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social sea parte o tercero interviniente.

b) Representar legalmente al Ministerio en las audiencias de conciliación prejudicial, judicial, de pacto de cumplimiento y en general, todas las audiencias prejudiciales, extrajudiciales, judiciales o administrativas que así lo requieran y conciliar en los términos de las recomendaciones dadas por el Comité de Conciliación de conformidad con las disposiciones legales vigentes y en los temas de competencia de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

c) Constituir apoderados, en los temas relacionados con las funciones de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, para que representen los intereses de la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social, en los procesos judiciales y diligencias extrajudiciales o administrativas en los que sea parte o tercero interviniente, con facultad expresa para conciliar, cuando corresponda.

Parágrafo 1. Los empleados públicos del nivel asesor de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y de la Subdirección de Asuntos Jurídicos de los Fondos y Cuentas estarán facultados, en ausencia del Subdirector de Asuntos Jurídicos de los Fondos y Cuentas, para recibir las notificaciones provenientes de las autoridades judiciales y administrativas.

Parágrafo 2. Los empleados públicos del nivel asesor de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y de la Subdirección de Asuntos Jurídicos de los Fondos y Cuentas podrán ejercer la representación legal del Ministerio en las audiencias de conciliación prejudicial, judicial de pacto de cumplimiento y en general, todas las audiencias judiciales, extrajudiciales o administrativas que así lo requieran, de conformidad con las disposiciones legales vigentes y en los temas de competencia de la Dirección.

Artículo 3. Previo al ejercicio de las facultades conferidas al apoderado en todos los casos de que trata la presente resolución, éste deberá escuchar y tomar en consideración las instrucciones y parámetros que respecto al caso concreto pueda impartir el poderdante, así como las recomendaciones del Comité de Conciliación cuando corresponda.

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 0050 de 2012.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los 23 MAY 2014

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

DECRETO 4107 DE 2011

2 NOV 2011

Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de las facultades extraordinarias conferidas en el literal b) del artículo 18 de la Ley 1444 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que en el artículo 6 de la Ley 1444 de 2011, se escindieron del Ministerio de Protección Social los objetivos y funciones asignadas al Viceministerio de Salud y Bienestar Social, y los temas relacionados al mismo, así como las funciones asociadas del Viceministerio Técnico;

Que el artículo 9º de la Ley 1444, creó el Ministerio de Salud y Protección Social;

Que en el literal b) del artículo 18 de la Ley 1444 de 2011 se confieren facultades extraordinarias para fijar los objetivos y estructura a los Ministerios creados por dicha ley y para integrar los sectores administrativos, facultad que se ejercerá para el Ministerio de Salud y Protección Social;

DECRETA:

CAPITULO I

Objetivos y Funciones

Artículo 1. Objetivos. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.

El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados a con los sistemas de información de la Protección Social.

6. Evaluar y adelantar el seguimiento de la ejecución de los compromisos internacionales en las materias de su competencia.
7. Presentar, orientar e impulsar los proyectos de actos legislativos y de ley ante el Congreso de la República, en las materias relacionadas con los objetivos y funciones del Ministerio.
8. Preparar los proyectos de decreto y resoluciones ejecutivas que deban expedirse en ejercicio de las atribuciones correspondientes al Presidente de la República como suprema autoridad administrativa, en los asuntos de su competencia.
9. Suscribir en nombre de la Nación y de conformidad con el Estatuto de Contratación Pública y la Ley Orgánica de Presupuesto los contratos relativos a asuntos propios del Ministerio, función que podrá ser delegada.
10. Representar en los asuntos de su competencia, al Gobierno Nacional en la ejecución de tratados y convenios internacionales, de acuerdo con las normas legales sobre la materia.
11. Orientar, dirigir y controlar, en los temas de competencia del Ministerio, la atención de emergencias y desastres, así como la gestión territorial, la participación y la promoción social.
12. Orientar, dirigir y controlar la gestión de la información a cargo del Ministerio.
13. Orientar y organizar los asuntos internacionales, de agenda legislativa, de gobierno, de medios de comunicación y prensa, así como los de comunicaciones internas y externas a cargo de su despacho.
14. Nombrar y remover los funcionarios del Ministerio y distribuir los empleos de su planta de personal, con excepción de los empleos cuya nominación esté atribuida a otra autoridad.
15. Coordinar la actividad del Ministerio en lo relacionado con sus objetivos y funciones con las entidades públicas del orden nacional, del sector central y del descentralizado, los entes territoriales y sus entidades.
16. Vigilar la ejecución del presupuesto correspondiente al Ministerio.
17. Dirigir la administración de personal conforme a las normas sobre la materia.
18. Ejercer la función de control disciplinario interno en los términos de la Ley 734 de 2002 o en las normas que lo modifiquen.
19. Implementar, mantener y mejorar el Sistema Integrado de Gestión Institucional.
20. Crear, conformar y asignar funciones a los órganos de asesoría y coordinación, así como los grupos internos de trabajo necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del Ministerio.
21. Convocar periódicamente a los Secretarios de Salud Departamentales o Municipales, para coordinar la implementación de las políticas públicas sectoriales a nivel regional, local y discutir la problemática del sector salud y atender los demás temas relacionados con las funciones del Ministerio.
22. Ejercer las funciones que el Presidente de la República le delegue o la ley le confiera y vigilar el cumplimiento de las que por mandato legal se hayan otorgado a dependencias del Ministerio así como las que hayan sido delegados en funcionarios del mismo.

(*) **Artículo 7. Dirección Jurídica.** Son funciones de la Dirección Jurídica las siguientes:

1. Asesorar jurídicamente al Despacho del Ministro y a las dependencias del Ministerio.
2. Dirigir la gestión jurídica del Ministerio.
3. Asesorar y desarrollar la revisión de los proyectos de ley, decretos, consultas al Consejo de Estado y demás actos administrativos que guarden relación con los objetivos y funciones del Ministerio y con el ejercicio de sus competencias.

4. Dirigir y orientar el estudio jurídico de decretos y demás actos administrativos que guarden relación con los objetivos y funciones del Ministerio y con el ejercicio de sus competencias.
5. Dirigir la interpretación y definir los criterios de aplicación de las normas relacionadas con las competencias, objetivos y funciones del Ministerio.
6. Dirigir la unificación y armonización de las normas jurídicas relacionadas con objetivos, funciones y temas a cargo del Ministerio.
7. Orientar la conceptualización sobre las normas, proyectos o materias legales que afecten o estén relacionadas con las competencias y funciones asignadas al Ministerio.
8. Establecer, actualizar y sistematizar el registro de las normas y la jurisprudencia expedidas en las materias a cargo del Ministerio.
9. Representar judicial y extrajudicialmente al Ministerio en los procesos y actuaciones que se instauren en su contra o que éste deba promover, mediante poder o delegación recibidos del Ministro. Esta representación podrá ejercerse directamente o a través de terceros.
10. Realizar las actividades relacionadas con el proceso de jurisdicción coactiva.
11. Analizar y proyectar para la firma del Ministro, los actos administrativos que éste le indique y que deba suscribir conforme a la Constitución Política y la ley.
12. Elaborar, estudiar, revisar y conceptuar sobre proyectos de decreto, acuerdos, resoluciones y convenios que deba suscribir o proponer la Entidad, en lo de su competencia.
13. Coordinar la elaboración de las normas con las oficinas jurídicas de las entidades del sector administrativo, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministro y los Viceministros, en los temas de carácter sectorial y transversal en donde el Ministerio tenga interés.
14. Coordinar y elaborar los diferentes informes exigidos por la ley, solicitados por los organismos de control, y en general, todos aquellos que le sean requeridos de acuerdo con la naturaleza de sus funciones.
15. Apoyar el desarrollo y sostenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional, y la observancia de sus recomendaciones en el ámbito de su competencia.
16. Atender las peticiones y consultas relacionadas con asuntos de competencia del Ministerio, en coordinación con las direcciones técnicas.
17. Conceptuar sobre la viabilidad normativa de las iniciativas legislativas de las entidades del Sector Administrativo de Salud y de Protección Social y las que se le pongan a consideración.
18. las demás que se le asignen y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

Artículo 8. Subdirección de Asuntos Normativos. Son funciones de la Subdirección de Asuntos Normativos, las siguientes:

1. Realizar el estudio jurídico de los proyectos de ley, de acuerdo con las prioridades que establezca el Ministro.
2. Realizar el estudio jurídico de decretos y demás actos administrativos que guarden relación con los objetivos y funciones del Ministerio y con el ejercicio de sus competencias.
3. Preparar los criterios de interpretación y de aplicación de las normas relacionadas con las competencias, objetivos y funciones del Ministerio.
4. Preparar las directrices para la armonización de las normas jurídicas relacionadas con objetivos, funciones y temas a cargo del Ministerio.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 001566 DE 2021

(-8 OCT 2021)

Por la cual se efectúa un nombramiento ordinario

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus atribuciones legales y especialmente las conferidas en el literal b) del Numeral 2 del Artículo 5 y el Artículo 23 de la Ley 909 de 2004, el Decreto 4107 de 2011, y

C O N S I D E R A N D O:

Que en la Planta de Personal del Ministerio de Salud y Protección Social existe el empleo de **Director Técnico Código 0100 Grado 23**, de libre nombramiento y remoción, ubicado en la Dirección Jurídica, el cual se encuentra en vacancia definitiva.

Que según certificación del 8 de octubre de 2021 expedida por la Subdirectora de Gestión del Talento Humano, la doctora **MELISSA TRIANA LUNA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.706.216, cumple con los requisitos exigidos por el Manual Específico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales para desempeñar el empleo de Director Técnico Código 0100 Grado 23.

Que dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.13.2.3 del Decreto 1083 de 2015, la hoja de vida de la doctora MELISSA TRIANA LUNA fue publicada en las páginas web del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y de esta Entidad.

Que por lo expuesto,

R E S U E L V E:

ARTÍCULO 1. Nombrar a la doctora **MELISSA TRIANA LUNA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.706.216, para que desempeñe el empleo de **Director Técnico Código 0100 Grado 23**, de Libre Nombramiento y Remoción, ubicado en la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 2. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los

-8 OCT 2021

FERNANDO RUIZ GOMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Proyectó: MParraG.
Revisó. MLHerreraM