

## ESTA ES MI VOLUNTAD

### Suscripción de Documento de Voluntad Anticipada (DVA)

Este documento se enmarca en el enfoque de género, como principio para la construcción de espacios seguros, desde la ética del cuidado, libres de violencia y discriminación, con el fin de reconocer el derecho a morir dignamente de todas las personas nacidas en Colombia.

*La muerte es algo tan natural como otros momentos de la vida; por eso, si llegara el momento en el que no pueda tomar parte en las decisiones que conciernen a mi salud y mi final de vida, hoy de manera libre, espontánea, informada y expresa pido a mi familia, mis cuidadores, equipo de salud y demás seres queridos, que respeten y cumplan el contenido de la siguiente declaración y que esta sea interpretada como una clara y fiel expresión de mi voluntad. Esta declaración la hago completamente informada/o acerca de las condiciones sobre las cuales proyecto mi voluntad y asumo a cabalidad las consecuencias que conlleva la presente determinación dentro del marco de mis valores, mi conciencia y mis decisiones personales.*

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre identitario)<sup>1</sup>, con nombre jurídico \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, suscribo el presente documento que, en concordancia con el principio-valor de dignidad humana, garantiza el ejercicio de mis siguientes derechos: (1) libre desarrollo de la personalidad, (2) autonomía, (3) intimidad, (4) libertad de conciencia, (5) no ser sometida/o a tratos crueles, inhumanos ni degradantes, de acuerdo con las demás disposiciones constitucionales de la República de Colombia, dirigidas a amparar y respetar la voluntad de los individuos en un Estado secular y pluralista.

Por medio de este documento certifico que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales; además, que estas decisiones son tomadas sin coacción y que tengo conocimiento del alcance y las implicaciones de mi declaración. Al firmarlo, expreso que he recibido información clara, suficiente y objetiva para garantizar que la toma de decisiones frente a mi cuidado personal, mi salud y el proceso de mi muerte se lleven a cabo en el marco de mis valores personales cuando, por causas relacionadas con una enfermedad, una lesión corporal o el proceso de envejecimiento, no pudiese expresar mis preferencias o voluntad.

### Voluntad anticipada frente a diferentes escenarios en salud

**Definición de cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico:** los cuidados paliativos y la adecuación del esfuerzo terapéutico tienen como finalidad aliviar el dolor, el sufrimiento y otros síntomas físicos, emocionales y espirituales derivados de una condición de salud grave, avanzada o incurable, mediante medidas razonables, proporcionales y justas. Incluyen, cuando es necesario, la sedación paliativa, así como el rechazo de tratamientos, procedimientos o medidas artificiales e invasivas que prolonguen de manera inútil el proceso de muerte o la vida sin posibilidad de recuperación.

**Definición de muerte médicamente asistida – eutanasia y asistencia médica al suicidio:** la eutanasia es un procedimiento médico con el que se adelanta la muerte de una persona que, a causa de una enfermedad grave, degenerativa e incurable, ha expresado su deseo de anticipar su muerte dado que no existe posibilidad de cura para su condición. La asistencia médica al suicidio, por otra parte, se define como un procedimiento que tiene el

<sup>1</sup> (Corte Constitucional, sentencia T-033 de 2020)





mismo fin que la eutanasia, sin que sea el médico quien aplica los medicamentos; en esta modalidad el médico solamente se los entrega al paciente, quien se los auto suministra.

A continuación, hago una manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto de mis preferencias en relación con el cuidado futuro de mi salud ante determinados escenarios clínicos, así como preferencias para el final de mi vida.

### **Enfermedad grave e incurable**

En caso de encontrarme ante una enfermedad grave e incurable que me cause dolor y/o sufrimiento, que sea calificado por mí como insoportable o que me incapacite para tener una existencia racional y autónoma; o en caso de no poder tomar mis propias decisiones, solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico SÍ\_\_ NO \_\_
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**. SÍ\_\_ NO \_\_

### **Condición clínica de final de vida**

En caso de encontrarme en una condición clínica de final de la vida (enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal o agonía), solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ\_\_ NO \_\_
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**. SÍ\_\_ NO \_\_

### **Condición de salud extrema por lesión corporal**

En caso de encontrarme en una situación crónica a causa de un accidente o lesión corporal, que altere mi funcionalidad para el autocuidado básico, la movilidad autónoma y que me provoque dependencia absoluta, solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico SÍ\_\_ NO \_\_
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**. SÍ\_\_ NO \_\_

### **Trastornos graves del estado de conciencia**

En caso de encontrarme ante un trastorno grave del estado de conciencia (estado de coma, estado vegetativo, estado de mínima conciencia, entre otros), solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ\_\_ NO \_\_
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**. SÍ\_\_ NO \_\_

### **Enfermedad neurológica degenerativa y/o irreversible**

Si como consecuencia de una enfermedad neurológica degenerativa (Alzheimer, frontotemporal, vascular, la enfermedad por cuerpos de Lewy, entre otras), me encuentro sin la posibilidad de tomar mis propias decisiones, solicito (*puedes marcar una o varias opciones*):

- Cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico: SÍ\_\_ NO \_\_
- Que se anticipe mi muerte por medio de la asistencia médica a través de la **eutanasia**. SÍ\_\_ NO \_\_



## Otras decisiones en relación con mi cuidado

### Representante en toma de decisiones en salud

En caso de encontrarme ante una situación en la que no desee o no pueda expresar mi voluntad, delego como representante(s) para la toma de decisiones adicionales en mi proceso de enfermedad y final de vida, a:

- \_\_\_\_\_ (nombre identitario), con nombre jurídico \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, quién es mi \_\_\_\_\_ y puede contactarse al teléfono \_\_\_\_\_ o al correo electrónico \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ (nombre identitario), con nombre jurídico \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, quién es mi \_\_\_\_\_ y puede contactarse al teléfono \_\_\_\_\_ o al correo electrónico \_\_\_\_\_

Esta(s) persona(s) ha(n) sido elegida(s) con anterioridad a la suscripción de este documento, conoce(n) mis intenciones, mis ideales de dignidad, respeta(n) mis creencias; además, le(s) he encomendado mis decisiones porque sé que actuará(n) como yo lo haría si estuviese en capacidad de hacerlo.

### **Rechazo terapéutico**

En el marco de mis principios, valores y creencias, rechazo las siguientes actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos:

---



---

### **Asistencia espiritual**

En caso de encontrarme en una condición clínica de final de vida, una enfermedad grave e incurable o una condición de salud extrema por lesión corporal, Sí\_\_ NO \_\_ quisiera que me sea brindado apoyo espiritual y/o acompañamiento religioso.

### **Donación de órganos**

En relación con la donación de órganos y tejidos: Sí\_\_ NO \_\_ deseo ser donante.

En caso afirmativo, la donación se realizará con fines de: Trasplantes \_\_\_\_ Investigación \_\_\_\_ Docencia \_\_\_\_

## **Decisiones adicionales en escenarios de atención en salud.**

Cuando me encuentre en un escenario clínico donde requiera atención médica, es mi voluntad que se tenga en cuenta:

Deseo se respete mi nombre identitario \_\_\_\_\_ (Nombre elegido), que únicamente se utilice este nombre para referirse a mí y de ser necesario, se utilice el pronombre \_\_\_\_\_ “(el, ella o elle)”. Así mismo solicito que en términos de vestimenta me sean dispuestos aquellos que van acorde a mi identidad.



SÍ\_\_ NO \_\_ deseo se continúe de manera óptima mi proceso hormonal (feminización o masculinizante) siempre y cuando no genere un riesgo que afecte los procedimientos necesarios para garantizar el bienestar de mi salud.

### Decisiones post-mortem.

Los Documentos de Voluntad Anticipada tienen como finalidad preservar la voluntad de las personas en los escenarios de salud y final de vida a la luz de la Resolución 2665 de 2018. Por esta razón no aplica para el presente documento garantizar las decisiones post-mortem, sin embargo, permite adjuntar algunos postulados con la intención de ser motivo de diálogo y reconocimiento en el núcleo personal, social o familiar de quien interese.

Que, al momento de mi fallecimiento, para efecto de la realización del acta de defunción y demás trámites y rituales funerarios se me identifique como \_\_\_\_\_ (\*Nombre identitario); y de igual manera se plasme en la lápida que conmemora mi vida.

Que, al momento de mi fallecimiento y en la realización de mi despedida, tenga disposición de la vestimenta que me identifique.

Para efecto de las situaciones que surjan posterior a mi fallecimiento, delego como responsable en la toma de decisiones sobre la destinación de mi cuerpo (cremación o sepultura), la realización del ritual de despedida y las personas que deseo asistan en mencionado momento, a:

- (opción 1) \_\_\_\_\_ (nombre identitario), con nombre jurídico \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, quién es mi \_\_\_\_\_
- (opción 2) \_\_\_\_\_ (nombre identitario), con nombre jurídico \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, quién es mi \_\_\_\_\_

### Preferencias adicionales

Además, es mi voluntad que se tengan en cuenta las siguientes preferencias e indicaciones adicionales:

---

---

---

Este documento se firma el \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_,

Firma: \_\_\_\_\_ N° de documento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



## Formalización de Documento de Voluntad Anticipada ante dos testigos

### TESTIGO 1

Yo \_\_\_\_\_ (nombre identitario), con nombre jurídico \_\_\_\_\_ con No. \_\_\_\_\_ declaro (1) que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, libre de toda coacción, (2) que conozco las implicaciones de la presente declaración y (3) que no me encuentro inhabilitada/o para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma que me encuentro informado sobre la voluntad y preferencias aquí descritas y que comprendo la naturaleza y consecuencias de los contenidos de este documento.

Firma: \_\_\_\_\_

Celular / Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### TESTIGO 2

Yo \_\_\_\_\_ (nombre identitario), con nombre jurídico \_\_\_\_\_ con No. \_\_\_\_\_ declaro (1) que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, libre de toda coacción, (2) que conozco las implicaciones de la presente declaración y (3) que no me encuentro inhabilitada/o para asumir esta responsabilidad. Ratifico a través de mi firma que me encuentro informado sobre la voluntad y preferencias aquí descritas y que comprendo la naturaleza y consecuencias de los contenidos de este documento.

Firma: \_\_\_\_\_

Celular / Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### El presente DVA podrá ser modificado, sustituido y/o revocado en cualquier momento de acuerdo con la normatividad vigente.

Este documento responde a los principios contemplados en la Constitución Política de Colombia, Leyes Estatutarias y Disposiciones Reglamentarias relacionadas y vigentes al momento de su suscripción. C.P.C: artículos 13, 15, 16, 18, 19, 20, 28; Ley Estatutaria de Salud: Ley 1751/2015; Código de Ética Médica: Ley 23/1981; Ley de Cuidados Paliativos: Ley 1733/2014; Derechos de los Pacientes: Resolución 13437 de 1991; Derecho a la Suscripción del Documento de Voluntad Anticipada: Resolución 2665/2018; Reconocimiento al nombre identitario: Directiva 005 de 2021, Decreto y Jurisprudencia Constitucional Sentencia T-033/2022 donde se acepta el uso del nombre identitario, Sentencia T-068/2021 donde se reconoce que la comunidad LGTBIQ+ sufre patrones de discriminación, Sentencia 443/2020 por la cual se protege a las personas transgénero el derecho al libre desarrollo de su personalidad, Sentencia SU 214/2016 por la cual se acepta el matrimonio igualitario, entre otras disposiciones nacionales, Sentencia T - 236/2023 por la cual Concede amparo, prohibición de discriminación y acoso laboral a persona transgénero; Derecho a morir dignamente: Sentencias C-239 de 1997, C-164 de 2022, C-233 de 2021, Sentencia T-423 de 2017, entre otras disposiciones nacionales, T-171/2022 sobre la vulneración por diferimiento de donantes de sangre basado en identidad de género y orientación sexual.

