



DOI: [10.22201/ijj.24484873e.2022.164.18088](https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2022.164.18088)

Recibido el 7 de junio de 2022
Aprobado el 20 de diciembre de 2022.

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO: UN ANÁLISIS DE DERECHO COMPARADO

EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE: A COMPARATIVE LAW ANALYSIS

Esteban BURITICÁ-ARANGO*

ORCID: 0000-0003-3399-6361

Juan Guillermo AGÓN-LÓPEZ**

ORCID: 0000-0002-2335-4739

Resumen:

Este artículo compara los desarrollos legislativos y jurisprudenciales que han conducido a la legalización y regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en trece países. Inicialmente, explica la naturaleza, características e implicaciones éticas y jurídicas de la eutanasia y el suicidio asistido. Luego, analiza los criterios de elegibilidad de los pacientes, relacionados con la naturaleza de la enfermedad (terminal, incurable o curable), la edad (niños o adultos) y la nacionalidad (nacionales, residentes o extranjeros). Finalmente, analiza las características de la normativa sobre la eutanasia y el suicidio asistido (despenalización o regulación), así como la naturaleza (constitucional o legal) del derecho a la asistencia médica para morir.

Abstract:

The article compares the legislative and jurisprudential decisions that have legalized or regulated euthanasia and assisted suicide in thirteen countries. It explains the nature, characteristics, and ethical-legal implications of euthanasia and assisted suicide. Then, it analyzes the eligibility criteria of the patients, related to the nature of the disease (terminal, incurable or curable), age (children or adults), and nationality (nationals or foreigners). Finally, it analyzes the characteristics of the regulations on euthanasia and assisted suicide (decriminalization or regulation), as well as the nature of the right to medical assistance in dying (constitutional or legal).

Palabras clave:

Eutanasia, suicidio asistido, derecho a la muerte digna, enfermedad, derecho comparado.

Keywords:

Euthanasia, assisted suicide, right to a dignified death, disease, comparative law.

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Concepto general de eutanasia y suicidio asistido*. III. *Eutanasia activa, eutanasia pasiva y suicidio asistido en el derecho comparado*. IV. *Condiciones para acceder a la eutanasia activa o al suicidio asistido*. V. *¿Existe un derecho a la eutanasia y el suicidio asistido?*. VI. *Conclusiones*. VII. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

Los sufrimientos intensos producidos por condiciones médicas incurables o intratables, agravados a veces por intervenciones médicas largas y debilitantes, motivan a muchas personas a solicitar ayuda para morir. En la mayoría de los países, sin embargo, la eutanasia y el suicidio asistido —como alternativas a los cuidados paliativos, la muerte dolorosa o el “suicidio crudo”— aún son prácticas prohibidas y criminalizadas. La imposición de penas sigue estando respaldada por creencias tradicionales sobre la santidad de la vida y la protección de personas vulnerables, en contraste con creencias basadas en la autonomía personal, la privacidad, la solidaridad y la prohibición de tratos inhumanos, que abogan por la despenalización. Hasta junio de 2022 solo trece países han decidido, pese a las controversias, legalizar formas más o menos amplias de eutanasia y suicidio asistido, en una tendencia que se ha consolidado en años recientes: seis países a han aprobado en los últimos cinco años y otros proyectan hacerlo a mediano plazo¹ (véase tabla 1).

La normativa que legaliza la eutanasia o el suicidio asistido suele regular, entre otros, los criterios de elegibilidad de los pacientes, el procedimiento de asistencia para morir y la responsabilidad de quien asiste la muerte. Sin embargo, el lenguaje suele variar significativamente en cada país. Rótulos generales como “suicidio médicamente asistido (PAS)” o “muerte digna (DWD)” en Estados Unidos, “muerte médicamente asistida (PAD)” en Europa, “asistencia médica para morir (MAiD)” en Canadá, “muerte asistida voluntaria (VAD)” en Australia, “ayuda activa para morir” en Alemania, “elección del final de la vida” en Nueva Zelanda y “muerte digna” en Colombia, son usados para aludir a prácticas con naturaleza y alcances éticos y jurídicos muy distintos (Sarah Mroz *et al.* 2021, p. 3541). *En particular, las exigencias sobre la naturaleza de las condiciones médicas, la edad y la nacionalidad de los pacientes hacen que la eutanasia y el suicidio asistido sean mucho más accesibles en algunos países que en otros. Además, la forma como la eutanasia o el suicidio asistido son legalizados, mediante leyes o decisiones judiciales, hace que su naturaleza jurídica sea distinta: algunas ocasiones son concebidos como derechos de rango legal o constitucional, y en otras como simples excepciones a la responsabilidad penal.*

Este trabajo pretende contrastar los desarrollos legislativos y jurisprudenciales que han conducido a la legalización y regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en trece países. Inicialmente, explica las diferencias entre eutanasia y suicidio asistido, así como su desarrollo legal o jurisprudencial en cada país. Luego, analiza los criterios de elegibilidad vigentes, relacionados con la naturaleza de la enfermedad, la

edad y la nacionalidad de los pacientes. Finalmente, estudia la naturaleza constitucional o legal del derecho a la eutanasia y al suicidio asistido. Para el análisis han sido seleccionados los países que, hasta junio de 2022, han aprobado la eutanasia o el suicidio asistido a través de decisiones legislativas o judiciales, a nivel nacional o regional (véase tabla 1). Dado que en once estados de Estados Unidos² y seis de Australia³ han sido aprobados el suicidio asistido o la eutanasia, se han incluido, por razones de espacio, solo algunos de sus territorios.

El análisis toma como fuentes principales de información la legislación y la jurisprudencia sobre la muerte asistida en cada país. Con base en estas fuentes, busca identificar diferencias y similitudes entre las normas e instituciones jurídicas relevantes, con base en criterios comunes, como la naturaleza de la enfermedad o la edad de los pacientes. Para evitar las distorsiones o vacíos de un enfoque centrado únicamente en el texto normativo (*law in the book*), el artículo también acude a fuentes doctrinarias, relacionadas con cada país, que permiten clarificar el alcance real de las normas e instituciones sujetas a comparación (*law in the action*) (Lucio Pegoraro et al., 2005, p. 52).

II. CONCEPTO GENERAL DE EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

En el debate ético, médico y jurídico contemporáneo existe un relativo consenso sobre las características básicas de los procedimientos de muerte asistida.⁴ Son, en general, procedimientos indoloros que causan la muerte a una persona, a petición suya, para evitar intensos sufrimientos causados por enfermedades o lesiones incurables o intratables (Cancino-Merentes, 2022, p. 17). Para que un procedimiento sea eutanásico es necesario, por tanto, que cumpla al menos cinco condiciones: 1) muerte del paciente, 2) consentimiento informado, 3) móvil altruista, 4) enfermedad o lesión que produzca un sufrimiento insoportable y 5) técnica indolora. A su vez, dependiendo de los elementos causal e intencional involucrados en la producción de la muerte, la literatura ha distinguido la eutanasia pasiva, la eutanasia activa y el suicidio asistido.⁵ En la eutanasia pasiva, el médico omite deliberadamente, por solicitud del paciente, los tratamientos para curar o aliviar la enfermedad o la lesión terminal. Así, la muerte es causada directamente por la enfermedad y no por el médico, quien tampoco busca la muerte, aunque sabe que se producirá. En la eutanasia activa, la muerte es producida deliberadamente por un tercero, usualmente el médico, mediante el suministro de sustancias letales. En el suicidio asistido la muerte es producida directa y autónomamente por el paciente, mediante la ingestión de sustancias letales, con la ayuda deliberada de un tercero.

La forma como se produce la muerte y la intención de quien la asiste, en cada caso, hacen que la eutanasia activa, la eutanasia pasiva y el suicidio asistido tengan un grado de reproche ético distinto (González de la Vega, 2018, p. 105). Por lo general, el reproche es menor para la eutanasia pasiva, dado que la muerte no es causada ni querida por el médico. En cambio, es mayor para el suicidio asistido, dado que la acción del médico, aunque no produce directamente la muerte, incide deliberadamente en ella. Y es aún mayor para la eutanasia activa, dado que el médico produce directa y deliberadamente la muerte. En varios países las normas que penalizan, legalizan o regulan la eutanasia y el suicidio asistido terminan reflejando las creencias sobre su grado de reproche ético. Mientras que la eutanasia pasiva es legal en casi todos los países del mundo, el suicidio asistido lo es únicamente en trece y la eutanasia activa en ocho (véase tabla 1). Incluso, las razones esgrimidas por jueces y legisladores⁶ para permitir la eutanasia pasiva, pero no el suicidio asistido (o para permitir el suicidio asistido, pero no la eutanasia activa), están basadas en su similitud con el homicidio, que las hace —se dice— éticamente reprochables.

III. EUTANASIA ACTIVA, EUTANASIA PASIVA Y SUICIDIO ASISTIDO EN EL DERECHO COMPARADO

La eutanasia pasiva es aceptada actualmente a nivel global. En la mayoría de los países ha sido adoptada sin mayores sobresaltos como parte del derecho de los pacientes a decidir de forma libre e informada a cuáles tratamientos médicos someterse. En Suiza, por ejemplo, el derecho a rechazar los tratamientos médicos forma parte de los derechos a la libertad personal y la integridad física, previstos en la Constitución Federal (artículo 10.2). En España, la ley señala que “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento” (Ley 41/2002, artículo 2.4). En Colombia, igualmente, la eutanasia pasiva forma parte del derecho del paciente a rechazar los tratamientos médicos (Ley 23/1981, artículos 1o. y 15). En Austria, el Código Civil señala que “un adulto capaz de tomar decisiones autónomas puede dar su consentimiento para recibir tratamiento médico” (artículo 252). En Canadá, la Corte Suprema ha sostenido que, “según el *common law*, el médico no tiene más remedio que aceptar las instrucciones del paciente para suspender el tratamiento” (Rodríguez v. British Columbia). En Bélgica la ley señala que, “excepto en caso de emergencia, se requiere el consentimiento libre e informado del paciente para todos los exámenes o tratamientos” (Loi relative aux soins palliatifs, artículo 7o.). En Montana, la ley sobre los derechos de los enfermos terminales señala que una persona puede “ejecutar en cualquier momento una declaración que rija la retención o retiro del tratamiento de soporte vital” (Montana Rights of the Terminally Ill Act, 50-9-103). Disposiciones similares existen en los demás países analizados (véase tabla 1).

Tabla 1

Legalización de la eutanasia activa, la eutanasia pasiva y el suicidio asistido (junio de 2022)

País	Eutanasia pasiva	Suicidio asistido	Eutanasia activa
Suiza	✓ Bundesverfassung (artículo 10.2) ⁷ Zivilgesetzbuch (art. 28.2)	✓ Strafgesetzbuch, 1937 (art. 115)	X Strafgesetzbuch, 1937 (art. 114)
Colombia	✓ Ley 23 de 1981 (arts. 1 y 15) / Ley 1733 de 2014 (art. 1o.)	✓ Sentencia C-164/2022	✓ Sentencia C-239/1997
Bélgica	✓ Loi relative aux soins palliatifs, 14 juin 2002 (art. 7o.)	✓ Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002	✓ Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002 (art. 2)

Países Bajos	✓ Código Civil (art. 450)	✓ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002 (art. 2.1.f)	✓ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002 (art. 2.1.f)
Luxemburgo	✓ Loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie (art. 4)	✓ Loi du sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (art. 1o., inc. 2)	✓ Loi du sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (art. 1o., inc. 1)
Canadá	✓ Rodríguez v. British Columbia	✓ Bill C-14, 2016 / Criminal Code, sec. 241.1(b)	✓ Bill C-14, 2016 / Código Penal, sec. 241.1(a)
España	✓ Ley 41/2002 (art. 2.4)	✓ Ley Orgánica 3/2021 (art. 3.g.2)	✓ Ley Orgánica 3/2021 (art. 3.g.1)
Italia	✓ Legge 219/2017 (art. 1.5)	✓ Sentenza 242/ 2019	X Sentenza 242/ 2019
Austria	✓ Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (§252)	✓ Sterbeverfügungsgesetz (artículo 1)	X Strafgesetzbuch (art. 77)
Alemania	✓ BGH, Beschluss vom 8. Februar 2017 XII ZB 604/15	✓ BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/	X Strafgesetzbuch (art. 216)
Estados Unidos	✓	X	X

	Cruzan v. Director, Missouri Department of Health	Washington v. Glucksberg / Vacco v. Quill	Washington v. Glucksberg / Vacco v. Quill
Oregón Estados Unidos	✓ Cruzan v. Director, Missouri Department of Health	✓ The Oregon Death with Dignity Act, 1994, (§1.01.11 y §3. · 1.1(1))	X The Oregon Death with Dignity Act, 1994, (§3.14.)
Montana Estados Unidos	✓ Montana Rights of the Terminally Ill Act (50-9-103)	✓ Baxter v. Montana, 2009.	X Montana Code (45-5-103 y 50-9-205(7))
Victoria Australia	✓ Medical Treatment Act 1988 (part. 2)	✓ Voluntary Assisted Dying Act 2017, part. 4, sec. 45.	✓ Voluntary Assisted Dying Act 2017, part 4, sec., 46.
Nueva Zelanda	✓ Code of Health and Disability Services Consumers' Rights (Sec 7(7))	✓ End of Life Choice Act 2019, part. 1, sec. 4(b)	✓ End of Life Choice Act 2019, part. 1, sec. 4(a)

Fuente: Elaboración propia.

El suicidio asistido, por su parte, ha sido legalizado en un menor número de países. El primero fue Suiza, cuyo Código Penal sanciona solo la ayuda o inducción al suicidio cuando se comete “por motivos egoístas” y no por motivos altruistas (artículo 115).⁸ En el estado de Oregón, los pacientes pueden “obtener una receta de medicamentos para poner fin a su vida de una manera humana y digna” (*Oregon Death with Dignity Act*, artículo §1. · 1.11). En Países Bajos está permitido “ayudar intencionalmente en el suicidio de otra persona” (*Wet toetsing levensbeëindiging*, artículo 1.b). En Bélgica la ley no consagró expresamente el suicidio asistido, pero hoy es ampliamente practicado.⁹ En Luxemburgo está permitido que el “médico ayude intencionadamente a otra persona a suicidarse o facilite a otra persona los medios para hacerlo” (*Loi relative à l'euthanasie*, artículo 1.2). En Canadá está permitida “la prescripción o suministro por parte de un médico o enfermero practicante de una sustancia a una persona, a petición de ésta, para que pueda autoadministrarse la sustancia y, al hacerlo, causar su propia muerte” (Criminal Code, sección 241.1(b)). De forma similar, en España la ley permite el “suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que ésta se la pueda auto administrar” (Ley Orgánica 3/2021, artículo 3.g.2). En el estado

de Victoria, la ley permite “prescribir y suministrar a la persona la sustancia para la muerte voluntaria” (*Voluntary Assisted Dying Act 2017, parte 4, sección 45*). Y en Nueva Zelanda, la ley permite suministrar “medicamentos para aliviar su sufrimiento, acelerando la muerte” (*End of Life Choice Act 2019, parte 1, sección 4(b)*).

Por su parte, en Alemania, Italia, Montana y Colombia, los jueces han decidido recientemente legalizar el suicidio asistido. El Tribunal Constitucional alemán, por ejemplo, sostiene que está permitido “acercarse a los demás, buscando su ayuda y aceptando la ayuda que le ofrecen en el ejercicio de su propia libertad... [incluso para] quitarse la vida” (BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347). A su vez, el Tribunal Constitucional italiano sostiene que, en ciertos casos, está permitido “facilitar la ejecución de la intención suicida, de forma autónoma y libre” (sentenza 242/ 2019). Por su parte, la Corte Suprema de Montana, aludiendo la responsabilidad penal, sostuvo que “el consentimiento del paciente con una enfermedad terminal a la ayuda del médico para morir constituye una defensa legal contra un cargo de homicidio” (Baxter v. Montana, 2009). La Corte Constitucional colombiana sostuvo recientemente que las personas pueden “dar por terminada su vida con pleno consentimiento y libre de presiones de terceros, sin que el Estado pueda afirmar un deber de preservación de la vida a toda costa” (sentencia C-164/2022).

La eutanasia activa, finalmente, también ha sido aceptada por un puñado de países. La Corte Constitucional colombiana la despenalizó en 1997, restringiendo el tipo penal de homicidio por piedad (sentencia C-239/1997). En Países Bajos la ley permite realizar al médico “una declaración escrita que contiene una solicitud de terminación de la vida” (*Wet toetsing levensbeëindiging, 2002 (artículo 2.1.f)*). En Bélgica la ley permite “poner fin intencionalmente a la vida por alguien que no sea el interesado, a petición de este último”. En Luxemburgo la ley permite “poner intencionalmente fin a la vida de una persona a petición expresa y voluntaria de ésta” (*Loi du sur l’euthanasie, artículo 1. 2*). En Canadá el Bill C-14 estableció como una de las modalidades de la asistencia en la muerte “la administración por un médico o enfermero practicante de una sustancia a una persona, a petición suya, que causa su muerte” (Sección 241.1(a)). En España la Ley Orgánica 3/2021 establece que la ayuda para morir puede prestarse mediante “la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente” (artículo 3.g.2). En Victoria y Nueva Zelanda existen disposiciones similares (*Voluntary Assisted Dying Act, parte 4, sección 46; End of Life Choice Act, parte 1, Sección 4(a)*).

En los próximos apartados, el artículo se enfocará exclusivamente en la eutanasia activa y el suicidio asistido.

IV. CONDICIONES PARA ACCEDER A LA EUTANASIA ACTIVA O AL SUICIDIO ASISTIDO

Tabla 2

Criterios de elegibilidad de los pacientes

País	Enfermedad		Menores de edad	Extranjeros
	Curable	Incurable		

		Física no terminal	Física terminal	Mental		
Suiza	X Por las asociaciones por el derecho a morir	✓ Strafgesetzbuch 1937 (art. 114)	✓ Strafgesetzbuch 1937 (art. 114)	✓ Urteil BGE 133 I 58 S. 59	X Por las asociaciones por el derecho a morir	✓ No prohibido
Países Bajos	X Wetboek van Strafrecht (Artículo 293)	✓ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002, (art. 2)	✓ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002 (art. 2)	✓ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002 (art. 2)	✓ 12-18 años. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002 (arts. 2.3 y 2.4)	✓ Sin prohibición
Bélgica	X Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002 (artículo 2)	✓ Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002 (art. 2)	✓ Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002 (art. 2)	✓ Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002 (art. 2)	✓ 0-18 años. Loi relative aux soins palliatifs, 14 juin 2002 (art. 2)	✓ Sin prohibición
Luxemburgo	X Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (artículo 2.1 (3))	✓ Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (art. 2.1 (3))	✓ Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (art. 2.1 (3))	✓ Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (art. 2.1 (3))	X Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, art. 2.1(1)	✓ Sin prohibición
Canadá	X	✓	✓	X Bill C-7, 2021	X	X

Oregón Estados Unidos	X The Oregon Death with Dignity Act, 1994 (§1.01(1))	X The Oregon Death with Dignity Act, 1994 (§1.01(1))	✓ The Oregon Death with Dignity Act (1994, §1.01(1))	X The Oregon Death with Dignity Act (1994, §1.01(1))	X The Oregon Death with Dignity Act, 1994 (§1.01(1) y §2.01)	X The Oregon Death with Dignity Act, 1994 (§2.01. y §3.10)
Montana Estados Unidos	X Baxter v. Montana, 2009	X Baxter v. Montana, 2009	✓ Baxter v. Montana, 2009	X Baxter v. Montana, 2009	X Baxter v. Montana, 2009	X Baxter v. Montana, 2009
Victoria Australia	X Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Part 2, Sección 9, (1)(d)(i))	X Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Part 2, Sec. 9, (1)(d)(ii) y (iii))	✓ Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Part 2, Sec. 9, (1)(d) (ii) y (iii))	X Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Part 2, Sec. 9(2)).	X Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Part 2, Sec. 9(a))	X Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Part 2, Sección 9(b))
Nueva Zelanda	X End of Life Choice Act 2019 (Part 1, Sección 5(c))	X End of Life Choice Act 2019 (Part 1, Sec. 5(c))	✓ End of Life Choice Act 2019, Part 1 (Sec. 5(c))	X End of Life Choice Act 2019 (Part 1, Sec. 5(c))	X End of Life Choice Act 2019 (Part 1, Sec. 5(1) (a))	X End of Life Choice Act 2019 (Part 1, Sec. 5(1) (c))

Fuente: Elaboración propia

1. Enfermedad terminal, fase terminal y pronóstico de vida

Todos países analizados permiten que los enfermos terminales¹⁰ accedan a la eutanasia o el suicidio asistido; sin embargo, Italia, Oregón, Victoria y Nueva Zelanda exigen que la enfermedad terminal cumpla requisitos adicionales.

Italia es sin duda el país con las condiciones más restringidas para la realización del suicidio asistido. La Corte Constitucional, mediante sentencia 242/2019, no solo exige que la persona padezca una enfermedad incurable (*irreversible*), sino también que sea “mantenida con vida por tratamientos de soporte vital”, como la nutrición, la hidratación y la respiración artificiales. De esta manera, las condiciones para acceder al suicidio asistido son equiparables a condiciones típicas para practicar la eutanasia pasiva. La Corte consideró que solo de esta

*manera se puede garantizar a los pacientes conectados a mecanismos de soporte vital una alternativa a los cuidados paliativos o a la eutanasia pasiva, que pueden retrasar la muerte y producir, en el proceso, intensos sufrimientos.*¹¹

De forma similar, el estado de Oregón exige no sólo que la enfermedad sea terminal, sino también que “produzca la muerte dentro de los seis meses siguientes” (§1.01(12)). El estado de Victoria exige, por su parte, que la enfermedad “cause la muerte en semanas o meses, sin exceder los seis meses”, a menos que se trate de una condición médica neurodegenerativa, en cuyo caso la enfermedad debe “causar la muerte en semanas o meses, sin exceder los 12 meses” (part 2, sección 9, (4)). En Nueva Zelanda la ley exige que la persona “sufra de una enfermedad terminal que probablemente concluya con su vida dentro de los 6 meses” y que se encuentre en “un estado avanzado de disminución irreversible de la capacidad física” (parte 1, sección 5(c) y (d)).¹²

2. Enfermedades mentales y enfermedades físicas no terminales

Algunos países han permitido la eutanasia a causa de condiciones médicas no terminales, incluidas las enfermedades y trastornos psiquiátricos. En Austria la ley cubre a las personas que “padecen una enfermedad grave de larga duración, con síntomas persistentes, cuyas consecuencias perjudican permanentemente todo el estilo de vida del afectado” (artículo 1o., § 6(3)). En España la ley exige, en general, que la persona tenga un padecimiento grave, crónico e incapacitante que afecte directamente la autonomía, las actividades diarias y la capacidad de relación del paciente, sin posibilidades de mejora o curación” (artículo 3.b). En Colombia la Corte Constitucional permitió recientemente la eutanasia para pacientes que padecen “un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable” (sentencia C-233/2021). En Bélgica la ley alude a un “sufrimiento físico o mental” insoportable e incurable (artículo 3o.). Aunque no señala textualmente que la enfermedad deba ser mental, actualmente son comunes los pacientes psiquiátricos sin afecciones físicas.¹³ En Países Bajos la ley no distingue entre enfermedades terminales y no terminales, ni entre enfermedades físicas y mentales, por lo que se asume que ambas están contempladas. En Luxemburgo están protegidas las personas que, a causa de una lesión o una enfermedad no especificada (física o mental), se encuentren en una situación médica “sin salida” (*sans issue*), “incurable” o “irreversible” que les produce sufrimiento físico o psíquico constante, insoportable y sin perspectiva de mejora (artículo 2.1 (3)).¹⁴ En Suiza pese a que no existe legislación expresa, es común que las asociaciones por el derecho a morir asistan —con el aval de la Corte Suprema—¹⁵ el suicidio de personas con trastornos psiquiátricos.

Canadá es el único país que restringe la naturaleza incurable de la enfermedad a las enfermedades físicas. El Bill C-14 (2016), ratificado recientemente por el Bill C-7 (2021), señaló que “una enfermedad mental no se considera una enfermedad, padecimiento o discapacidad” que dé lugar a la aplicación de la asistencia médica para morir (sección 2.1) (Martha Cancino, 2022, p. 70). Sin embargo, el Bill C-7 dejó abierta la posibilidad de que, a más tardar en 2023, las personas con enfermedades mentales de base puedan acceder a la eutanasia (sección 5(1)).

Ahora bien, la naturaleza incurable de la enfermedad o condición médica es concebida de formas muy distintas en cada país. De hecho, a través de los años, el requisito se ha flexibilizado bastante, para incluir progresivamente patologías que pueden tener en la literatura médica probabilidades más o menos altas de curación o mejora. En Bélgica, por ejemplo, ha sido aplicada la eutanasia y el suicidio asistido a

pacientes con padecimientos somáticos como la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, la enfermedad de Huntington, Alzheimer, el cáncer en etapa temprana, e incluso ceguera (Etienne Montero, 2017, p. 34; Lars Mehlum, 2020, p. 5). De igual manera, en el noveno reporte de la Comisión Federal para el Control y la Evaluación de la Eutanasia de Bélgica (2020), fueron reportados 57 procedimientos entre 2018 y 2019, equivalentes al 1.1% del total, en los que las enfermedades de base fueron catalogadas como trastornos psiquiátricos, que incluyen “trastornos de la personalidad, depresión, estrés postraumático, esquizofrenia y autismo”, y trastornos cognitivos, que incluyen “diferentes formas de demencia como la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencia con cuerpos de Lewy” (2020, p. 4). Patrones similares existen en Países Bajos, cuyos comités regionales de revisión de eutanasia reportaron en 2019, entre otros, pacientes con demencia en etapa temprana, trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, autismo y trastorno obsesivo compulsivo. A la luz de estas prácticas, la exigencia de incurabilidad termina siendo bastante subjetiva. En Bélgica, por ejemplo, la incurabilidad depende en gran medida de la disposición del paciente de someterse a un tratamiento:

...la noción de “trastorno incurable” parece menos objetiva de lo que podría pensarse a primera vista... El paciente puede rechazar un tratamiento con el resultado de que su trastorno se vuelve “incurable”. El único requisito objetivo de la Ley —de una condición grave e incurable causada por accidente o enfermedad— podría, de esta manera, en efecto, ser creado por el paciente. (Herman Nys, 2017, p. 17)

Por supuesto, son bastante comunes las críticas a la flexibilización del requisito de incurabilidad para las enfermedades mentales. Muchos médicos consideran que los trastornos psiquiátricos, incluso los más profundos, pueden ser tratados exitosamente. Para Lars Mehlum et al. (2020, p. 5), “en la mayoría de los casos, incluso las tendencias suicidas graves y el comportamiento autodestructivo pueden tratarse y se puede ayudar a las personas a recuperarse”. La evidencia médica reciente sobre los tratamientos psiquiátricos en adultos y adolescentes parece apoyar este punto de vista (Keith Hawton et al. (2016) y Catherine Glenn et al. (2019)). La misma crítica suele recaer sobre la flexibilización de las condiciones psicológicas para expresar el consentimiento informado o para considerar el sufrimiento psicológico como “insoportable”. Según Lars Mehlum et al. el deseo de morir “puede ser un síntoma del trastorno y en realidad puede transmitir varios otros mensajes posibles, que tienen más que ver con que el paciente se sienta abandonado, desilusionado o enojado” (2020, p. 6). Por esta razón, entre otras, varios países han optado por prohibir expresamente la eutanasia no solo cuando la enfermedad psiquiátrica es la enfermedad de base, sino también cuando puede viciar el consentimiento informado.¹⁶

3. Enfermedades curables

Alemania destaca por haber suprimido recientemente todos los requisitos relacionados con la condición médica de la persona para practicar legalmente el suicidio asistido. En realidad, el país no prohibió legalmente el suicidio asistido entre 1871 y 2015, cuando era una práctica casi inexistente y los “médicos tenían una postura de mucho repudio hacia el asunto debido a su *ethos* y regulaciones profesionales” (Urban Wiesing, 2021, p. 1). Fue en 2015, como reacción a la llegada de varias asociaciones por el derecho a morir con dignidad, que el Código Penal acogió nuevas disposiciones que sancionaban a quienes, sin ser familiares del paciente, practicaran profesionalmente el suicidio asistido. Sin embargo, en 2020, el Tribunal Constitucional anuló las nuevas disposiciones por ser inconstitucionales. A diferencia de otros tribunales extranjeros, el Tribunal no restringió el tipo de circunstancias en las cuáles podría practicarse el suicidio asistido. Por el contrario, señaló expresamente que no es necesario justificar el deseo de morir con base en enfermedades terminales o incurables:

El derecho a determinar la propia vida, que forma parte del ámbito más íntimo de la autodeterminación de un individuo, no se limita en particular a las enfermedades graves o incurables, ni se aplica solo en determinadas etapas de la vida o enfermedad... La decisión de poner fin a la propia vida, tomada sobre la base de la responsabilidad personal, no requiere explicación ni justificación alguna...

La sentencia del Tribunal Constitucional ha suscitado un profundo debate sobre las condiciones bajo las cuales el Estado puede permitir el suicidio asistido sin sustraerse de la obligación de proteger la vida y, en especial, de prevenir el suicidio. En especial, el debate es álgido en temas como el suicidio asistido para menores de edad y comunidades vulnerables, como las personas con discapacidad (Wiesing, 2021 y Jörg Fegert *et al.* 2021)

4. Eutanasia pediátrica

La eutanasia y el suicidio asistido para menores de edad solo está legalizada actualmente en Bélgica, Países Bajos, Colombia y, más vagamente, en Alemania. Bélgica permitió en 2014 la eutanasia a los menores no emancipados, en condiciones diferentes a las que aplicaban, desde 2002, para los mayores y los menores emancipados. Específicamente, la ley exige 1) el consentimiento escrito de los padres y del menor (Ley del 24 de febrero de 2014; artículo 2.f), 2) un diagnóstico de enfermedad o lesión terminal con corta esperanza de vida (artículo 2.C); 3) el sufrimiento físico insoportable (artículo 2.C); y 4) el concepto de un profesional en psiquiatría pediátrica o psicología que “asegure la capacidad de discernimiento del menor” (artículo 2o.). En otros casos, cuando la enfermedad es simplemente incurable (no terminal) o el sufrimiento es psíquico, la eutanasia pediátrica no está permitida: “el sufrimiento mental por sí solo nunca es una condición suficiente en este escenario” (Herman Nys, 2017, p. 19).

Por su parte, Países Bajos legalizó la eutanasia para menores entre 12 y 18 años de edad desde 2002. En general, la ley exige 1) el consentimiento del menor, y 2) la convicción médica de que el menor tiene “una comprensión razonable de sus intereses” (Ley del 28 de mayo de 2002, artículo 2.3 y 2.4). Además, cuando el menor tiene entre 16 y 18 años, es necesario que 3) los padres o tutores sean involucrados en el proceso, pero no es necesario su consentimiento. Por el contrario, cuando el menor tiene entre 12 y 16 años, es necesario que concurren el consentimiento del menor y de los padres (artículo 2.3 y 2.4). A diferencia de lo que ocurre en Bélgica, la ley no restringe el tipo de enfermedad o sufrimiento exigidos para la eutanasia pediátrica, son aplicables las mismas reglas vigentes para los adultos. Aunque actualmente hay proyectos para legalizar la eutanasia pediátrica entre los 0 y los 12 años, aún no existe una ley que lo reglamente.

Finalmente, Colombia despenalizó la eutanasia para menores de edad en 2017 (sentencia T-544/2017). Según la Corte Constitucional, el derecho a la dignidad humana “obliga a reconocer la titularidad del derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes”; sin embargo, los requisitos sobre el consentimiento son diferentes a los que aplican para los adultos. Cuando el menor tiene entre 14 y 18 años basta el consentimiento informado del menor, pero cuando tiene entre 6 y 14 años debe concurrir el consentimiento de los padres (resolución 825/2018, artículo 10). Además, para menores entre 6 y 12 años se exige una definición de psiquiatría infantil que verifique “un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional” y “un concepto de muerte propia como irreversible e inexorable” (resolución 825/2018, artículo 9o.).

Alemania es nuevamente un caso especial. El Tribunal Constitucional solo señaló, como regla general, que “el derecho a determinar la propia vida está garantizado en todas las etapas de la vida”, pero no especificó expresamente cómo debería, las circunstancias bajo las cuales el derecho al suicidio asistido protege a los niños y adolescentes. Desde entonces, el alcance de la decisión de la Corte ha sido ampliamente debatido. Algunos académicos consideran que la interpretación de la decisión de la Corte debe restringirse para que el suicidio asistido sea aplicable solo a los adultos,¹⁷ mientras que otros consideran que sí puede proteger, al menos en ciertos casos, a niños y adolescentes.¹⁸ Hasta que no se expida una regulación, sin embargo, el debate continuará.

En los demás países analizados, la eutanasia a menores de edad está prohibida. En España la Ley Orgánica 3/2021 exige “tener mayoría de edad” (5.1.a). En el mismo sentido, Luxemburgo exige que el paciente sea “un adulto capaz y consciente en el momento de su solicitud” (artículo 2.1). En Canadá uno de los requisitos para acceder a la eutanasia es tener “al menos 18 años de edad y capacidad de tomar decisiones con respecto a la salud” (241.2.(1)(b)). En Italia la Corte Constitucional exigió “ser capaz de tomar decisiones libres e informadas”, lo que excluye a los menores de edad.¹⁹ En Austria el artículo 78(2) del Código Penal señala expresamente que incurre en el delito de “participación en el suicidio” quien “asiste físicamente a un menor para suicidarse”. En Victoria para practicarse la eutanasia o el suicidio asistido, “la persona debe tener 18 años o más”. En Suiza la ley no establece edad mínima, pero todas las organizaciones por el derecho a morir requieren que la persona sea un “adulto con buen juicio” (Sarah Mroz *et al.* 2021, p. 3547; Sigrid Dierickx *et al.* 2020). En Nueva Zelanda, se exige que el paciente “tenga 18 o más años”.

5. Nacionalidad

En la mayoría de los países analizados la eutanasia y el suicidio asistido no son accesibles a los extranjeros que no posean residencia legal. En Austria solo los nacionales y los residentes permanentes pueden acceder al suicidio asistido (artículo 10., §1 (2)). En Victoria se exige, además de la ciudadanía o la residencia permanente, “haber sido residente habitual en Victoria durante al menos 12 meses” antes de la solicitud (parte 2, sección 9 (b)). En Nueva Zelanda es necesario ser ciudadano o residente permanente (parte 1, sección 5(1)(c)). En Colombia es necesario ser nacional o “contar con domicilio ininterrumpido en el territorio colombiano de un año” (artículo 20.). En Canadá la ley exige que las personas sean elegibles para recibir servicios de salud financiados por el Estado, por lo que es necesario “cualquier periodo mínimo aplicable de residencia o periodo de espera” (sección 241.2). En España es necesario “tener la nacionalidad española” o residencia legal “superior a doce meses” (artículo 5.1(a)).

En los demás países analizados no existen prohibiciones expresas para practicar la eutanasia o el suicidio asistido a extranjeros; sin embargo, en algunos países son frecuentes. En Suiza, por ejemplo, es un fenómeno generalizado: “aproximadamente entre 150 y 200 personas de otros países viajan a Suiza cada año para acceder al suicidio asistido por un médico, una práctica conocida como turismo suicida” (Sarah Mroz, 2021, p. 3550). En Bélgica, por su parte, la Comisión Federal de Control y Evaluación sobre la Eutanasia reporta en sus informes periódicos la realización de eutanasia a extranjeros (2020). En Países Bajos, donde no existen reportes consolidados sobre la nacionalidad de los pacientes, la práctica es, al menos, jurídicamente posible (Alexander Safyan, 2011, p. 307).

V. EXISTE UN DERECHO A LA EUTANASIA Y AL SUICIDIO ASISTIDO?

La normativa que regula la eutanasia o el suicidio asistido tiene estructuras muy distintas en todos los países analizados. A grandes rasgos, es posible hacer al menos dos clasificaciones. Por una parte, algunos países regulan la eutanasia o el suicidio asistido a través de estatutos exhaustivos sobre las condiciones del paciente y los procedimientos de asistencia médica, mientras que otros los despenalizan restringiendo algunos tipos penales. Por otra parte, algunos países reconocen el acceso a la eutanasia o el suicidio asistido como un derecho constitucional o legal, mientras que otros los conciben como conductas no punibles.

1. Despenalización vs. regulación

La mayoría de los países analizados cuentan con regulaciones más o menos exhaustivas sobre las condiciones médicas de los pacientes, los procedimientos de diagnóstico, los protocolos para la prestación de la asistencia médica y las obligaciones de los servicios sanitarios. En casi todos, los estatutos han sido expedidos por el legislativo, excepto en Colombia, donde fueron expedidos por el Ministerio de Salud.²⁰ Otros países, sin embargo, cuentan solo con disposiciones legales o jurisprudenciales que legalizan ciertas formas de eutanasia o suicidio asistido, o atribuyen derechos y responsabilidades a los médicos, pero dejan sin regulación aspectos importantes. En algunos casos, la ausencia de regulación es consecuencia de la despenalización judicial. En Alemania e Italia, por ejemplo, los tribunales invalidaron las normas penales que sancionaban la eutanasia y el suicidio asistido, pero el legislador aún no los ha reglamentado. En países como Colombia, Canadá y Austria, donde la despenalización fue judicial (en 1997, 2015 y 2020), la regulación ha sido expedida con posterioridad (en 2015, 2016 y 2021).

Suiza, sin embargo, es un caso especial. Aunque despenalizó el suicidio asistido por vía legislativa en 1937,²¹ ha mantenido la práctica sujeta a los reglamentos éticos y técnicos de los profesionales médicos y las asociaciones defensoras del derecho a morir (Samia Hurst y Alex Mauron, 2016, p. 1; Guillod y Schmidt, 2005). En la práctica, las mismas asociaciones diseñan los requisitos, procedimientos y responsabilidades, dentro de los escasos límites fijados por el Código Penal.²² Por supuesto, la ausencia de regulación genera dificultades en la práctica. Recientemente, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos consideró que la escasa legislación sobre el suicidio asistido en Suiza violaba el derecho fundamental a la privacidad de las personas (Gross v. Switzerland).²³

2. Derecho vs. No derecho

La legalización o regulación de la eutanasia y el suicidio asistido no implica necesariamente un derecho legal o constitucional a practicarlos. En algunos países son simplemente conductas despenalizadas. En Suiza, por ejemplo, el suicidio asistido es una conducta atípica. La legislación penal no lo contempla, pero tampoco existe una pretensión para exigir del Estado la prestación médica. Algo similar ocurre en el estado de Oregón, que permite a los proveedores de servicios médicos negarse a asistir el suicidio (127.885 §4. · 1(4)).

En otros países, en cambio, se reconoce el derecho a la eutanasia o el suicidio asistido como parte del derecho a la muerte digna. Colombia fue sin duda el primer país en reconocer la eutanasia como un derecho fundamental. La Corte Constitucional señaló que la penalización es incompatible con los derechos a la dignidad humana, a la autonomía personal y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes (integridad personal). La prohibición de la eutanasia, según la Corte, “equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido

por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral” (sentencia C-239/1997). Correlativamente, el Estado tiene la obligación de proporcionar todos los servicios médicos relacionados con la eutanasia, a través del sistema público de salud.²⁴ Recientemente, la Corte esgrimió argumentos similares sobre el suicidio asistido (sentencia C-164/2022).

Igualmente, durante los últimos años, en otros países, los jueces han señalado, con algunos matices, que el suicidio asistido está protegido por derechos fundamentales.

En 2015 la Corte Suprema de Canadá declaró parcialmente inconstitucional el artículo 241.2 del Código Penal, que establecía pena de prisión para quienes ayudaran “a una persona a morir por suicidio”, así como el artículo 14, según el cual “nadie tiene derecho a consentir que se le inflija la muerte” (Carter v. Canada). En particular, la Corte sostuvo que la norma violaba los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de pacientes que manifestaban libremente su deseo de morir para poner fin a sufrimientos insoportables causados por condiciones médicas graves e incurables.²⁵ Según la Corte, la prohibición absoluta del suicidio asistido vulnera el derecho a la vida, porque incita a los enfermos terminales, en especial los que padecen enfermedades degenerativas, a suicidarse de manera prematura, antes de que físicamente les sea imposible. Aunque no existe un derecho a la muerte digna, implícito en el derecho a la vida, el Estado debe suprimir factores que ponen en riesgo la vida de las personas. Además, la Corte sostuvo que la prohibición absoluta del suicidio asistido vulnera los derechos a la libertad y la seguridad, dado que “interfiere con su capacidad para tomar decisiones sobre su integridad física y atención médica” (Carter v. Canada).

De forma similar, en 2019, la Corte Constitucional italiana declaró inaplicable parcialmente el artículo 580 del Código Penal, que sanciona la ayuda al suicidio. Según la Corte, el artículo no puede aplicarse a personas que facilitan el suicidio de pacientes que cumplen las condiciones fijadas en la misma sentencia. El artículo vulnera los derechos del paciente a la personalidad del paciente (artículo 2o.), a la autonomía para rechazar tratamientos médicos (artículo 32, inciso 2), y a la libertad personal de quien, asistiendo un suicidio, podría verse sujeto a una pena (artículo 13). Sin embargo, la Corte también negó que la penalización del suicidio asistido fuese contraria al derecho a la vida (artículo 2o.). Sostuvo que “del derecho a la vida, garantizado por el artículo 2o., no puede derivarse el derecho a renunciar a vivir” pues la vida “es un requisito indispensable para el ejercicio de todos los demás derechos”. También sostuvo que la penalización no es contraria a los derechos a la autodeterminación (artículos 2o. y 13, inc. 1) y a la privacidad (artículo 8o. CEDH), dado que cumple un fin legítimo: garantizar la vida de las personas “más débiles y vulnerables, que el sistema penal pretende proteger de una elección extrema e irreparable, como es la del suicidio”.

También en 2018, el Tribunal Constitucional austriaco declaró parcialmente inconstitucional el artículo 78 del Código Penal, que sancionaba a quien “ayudara a otro a suicidarse”. Según el Tribunal, el suicidio asistido está amparado por el derecho a la autodeterminación, que “incluye tanto el derecho a configurar la propia vida como el derecho a una muerte digna” (artículos 8o., CEDH (derecho a la privacidad), 2o., CEDH (derecho a la vida) y 13, CEDH (derecho a la igualdad)). Particularmente, el Tribunal sostuvo que el derecho a la vida no obliga a protegerla contra las decisiones autónomas e informadas que toman las personas sobre cuándo y cómo morir dignamente. Aunque el Estado sí tiene la obligación de proteger la vida de las personas vulnerables que pueden tomar decisiones viciadas sobre el fin de su propia vida, no puede prohibir completamente la asistencia al suicidio. De igual manera, el Tribunal Constitucional reconoció que, en una época de creciente

complejidad médica y mayor esperanza de vida, no es coherente con el derecho a la privacidad obligar a las personas “en la vejez o en situaciones de debilidad física o psíquica avanzada” a seguir viviendo. Finalmente, sostuvo que el derecho a la autodeterminación implica no solo el derecho a decidir cuándo y cómo morir, en especial el derecho al suicidio, sino también el derecho a recibir ayuda o asistencia de terceros. En 2021 el Parlamento reguló el suicidio asistido, en desarrollo de la sentencia del Tribunal.

En Alemania el Tribunal Constitucional anuló en 2020 el artículo 217 del Código Penal, que sancionaba la prestación de servicios profesionales de asistencia al suicidio. Aunque el artículo permitía la asistencia al suicidio cuando era llevada a cabo por un pariente o una persona cercana, el tribunal concluyó que era inconstitucional prohibir la asistencia médica profesional. Sostuvo que las personas tienen derecho al suicidio y a recibir asistencia en el suicidio, como parte de los derechos fundamentales a la personalidad y a la dignidad humana (Ley Fundamental, artículos. 1o. (1) y 2o. (1)).²⁶ Más aún, señaló que los derechos a la dignidad y la personalidad facultan a cada individuo a poner fin a su vida “según sus propios deseos”, por lo que basta su voluntad libre e informada para hacer efectivo el derecho al suicidio, en general, y a obtener asistencia de un tercero en el suicidio, en particular. En este sentido, según el Tribunal, la misma Constitución prohíbe que la ley imponga requisitos que obstruyan el ejercicio de la autonomía, como los relacionados con la naturaleza y evolución de la enfermedad: “la permisibilidad de la asistencia para el suicidio no puede estar vinculado a criterios sustantivos, por ejemplo, al requerir un diagnóstico de enfermedad incurable o terminal”.²⁷

A diferencia de estos países, en Estados Unidos el reconocimiento de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos constitucionales ha enfrentado hasta hoy barreras insuperables. La Corte Suprema ha reconocido que la eutanasia pasiva está amparada por la cláusula del debido proceso de la decimocuarta enmienda, en especial por el derecho a la “protección de la libertad” (*protected liberty interest*);²⁸ sin embargo, también ha sostenido que la Constitución no concede a las personas un derecho a la muerte asistida. En particular, la penalización del suicidio asistido no transgrede las cláusulas del debido proceso y la protección igualitaria de la décimo cuarta enmienda. Según la Corte, la tradición jurídica “angloamericana” ha “castigado o desaprobado” históricamente el suicidio asistido, por lo que nunca ha reconocido el derecho a la muerte asistida.²⁹ Además, las diferencias que existen entre la eutanasia pasiva y el suicidio asistido relacionadas con los mecanismos causales e intencionales hacen que el trato diferenciado que hacen las leyes a ambas prácticas sea “importante”, “lógico” y “racional”.³⁰ La Corte concluyó que la sanción al suicidio asistido puede justificarse sobre fines legítimos como la prevención del suicidio, el resguardo de la profesión médica y la protección de las “personas vulnerables contra la indiferencia, los prejuicios y la presión psicológica y financiera para acabar con sus vidas”.

En algunos estados como Montana y Nuevo México, las cortes también han debatido ampliamente la naturaleza constitucional del suicidio asistido. En 2008 la Corte del Primer Distrito de Montana sostuvo que el suicidio médicamente asistido forma parte de los derechos a la privacidad individual (en especial la autonomía personal) y la dignidad humana, previstos en la constitución del Estado.³¹ Sin embargo, la Corte Suprema de Montana sostuvo posteriormente que el suicidio asistido de pacientes terminales está amparado no tanto por la constitución del Estado, sino por la legislación, en especial por la Terminally Ill Act (1987) y la sección 45-2-211 del constitución del estado (Baxter v. Montana ADV-07 781, 18 2008). Pocos años después, en el estado de Nuevo México, la Cuarta Corte de Distrito sostuvo que la

penalización del médico que asiste la muerte de un enfermo terminal era contraria a los derechos a la vida, la libertad y la felicidad, previstos en la constitución del Estado (artículo 2o., par. 4).³² Paradójicamente, dos años más tarde, la Corte Suprema de Nuevo México decidió que la penalización del suicidio asistido no es contraria a la constitución del Estado.³³

Finalmente, la Corte Europea de Derechos Humanos también ha sostenido que la prohibición y penalización del suicidio asistido no vulnera necesariamente los derechos previstos en la Convención. En *Pretty v. United Kingdom*, la Corte sostuvo que el artículo 8o. CEDH, sobre el derecho a la vida, “no puede, sin una distorsión del lenguaje, interpretarse como que confiere el derecho diametralmente opuesto, a saber, el derecho a morir”. Además, la penalización del suicidio asistido no constituye un trato inhumano y degradante (artículo 3o.), ni atenta contra los derechos a la igualdad (artículo 14 CEDH) y a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (artículo 9o. CEDH). Aunque el derecho a la autonomía personal, implícito en el derecho a la privacidad (artículo 8o. CEDH), implica respetar “la forma como [la demandante] elige pasar los momentos finales de su vida”, la Corte manifiesta no estar “preparada” para sostener que la prohibición del suicidio asistido “constituye una injerencia en su derecho al respeto de la vida privada”. Por el contrario, “la injerencia puede justificarse como “necesaria en una sociedad democrática” para la protección de los derechos de los demás”. Posteriormente, en *Hass v. Switzerland*, la Corte reconoció que “los Estados disfrutan de un considerable margen de apreciación en este ámbito”, por lo que pueden prohibir totalmente el suicidio asistido.

VI. CONCLUSIONES

Este artículo ha analizado la normativa que regula la muerte asistida en trece países. Ha mostrado que la naturaleza y características de la eutanasia y el suicidio asistido, así como los grados de reproche ético y jurídico de los que son susceptibles, aún inciden en el enfoque punitivo de la legislación. Además, ha mostrado que las exigencias relacionadas con naturaleza de la enfermedad (terminal, incurable o curable), la edad (niños o adultos) y la nacionalidad (nacionales o extranjeros) son considerablemente distintas en cada jurisdicción, aunque se han flexibilizado durante los últimos años. Finalmente, ha mostrado que la normativa sobre la muerte asistida puede tener naturaleza y enfoques distintos. Mientras algunos países han adoptado estatutos más o menos exhaustivos, otros se han limitado —a causa de decisiones judiciales o actitudes adversas a la regulación— a la mera despenalización. También, mientras algunos países reconocen un derecho subjetivo (legal o constitucional) a la muerte asistida, otros simplemente se abstienen de sancionarla.

El análisis permite ver, al menos en parte, la complejidad jurídica de un fenómeno con profundas implicaciones éticas; sin embargo, también muestra un creciente consenso que parece conducir, por el camino correcto, a la despenalización de la muerte asistida en los países occidentales. Como han sostenido varios tribunales, no es posible respetar la integridad, autonomía y dignidad de una persona cuando la legislación castiga a quienes contribuyen a aliviar sus sufrimientos intratables, a través de una muerte consciente y deseada. Un Estado que honre la dignidad humana debe reconocer que las personas tienen derecho a decidir, al menos en algunos casos, cuándo y cómo morir. Por supuesto, las condiciones en las cuales surge este derecho y las prestaciones que exige del Estado o los particulares no pueden considerarse universales. Los derechos e intereses que involucra la muerte asistida (vida, dignidad, autonomía, integridad) solo pueden ser optimizados mediante diseños normativos e institucionales que tomen en cuenta las características del ordenamiento jurídico, la cultura, las capacidades

del sistema de salud, la regulación de la profesión médica, entre otros. En este sentido, no parece adecuado defender a partir de experiencias locales un modelo ideal de derecho a la muerte asistida. Sin duda, las discusiones sobre la legalización de la muerte asistida a nivel global, en especial en América Latina, deberán tomar en cuenta, con criterios éticos y técnicos, las ventajas y desventajas de cada modelo.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- CANCINO MERENTES, MARTHA EDITH *et al.* (2022). *Final de la vida. Serie Enseñanza transversal en bioética y bioderecho: Cuadernillos Digitales de Casos, IIJ. 2022.*
- CLIMENT GALLARD, JORGE ANTONIO (2018). LA JURISPRUDENCIA DEL TEDH SOBRE EL DERECHO A LA DISPOSICIÓN DE LA PROPIA VIDA. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 8, 124-137.
- COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE -BELGIUM (2020). *Neuvième rapport aux Chambres législatives. Bruselas, Service Public Federal Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.*
- DELBON, PAOLA, MAGHIN, FRANCESCA Y CONTI, ADELAIDE (2019). MEDICALLY ASSISTED SUICIDE IN ITALY: THE RECENT JUDGMENT OF THE CONSTITUTIONAL COURT. *La Clínica Terapeutica*, 172 (3), 193–196. <https://doi.org/10.7417/CT.2021.2312>
- DIERICKX, SIGRID *et al.* (2020). *Commonalities and Differences in Legal Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Three Countries: a Population-Level Comparison. International journal of public health*, 65 (1), 65–73.
- FEGERT, JÖRG, KOCH, MICHAEL Y PLENER, PAUL (2021). FÜR DAS BUNDESVERFASSUNGSGERICHT IST SUIZID EIN AKT DER SELBSTBESTIMMUNG. GILT DAS AUCH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE? EN *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (07.03.2021). <https://www.faz.net/aktuell/politik/assistierter-suizid-auch-ein-recht-fuer-kinder-und-jugendliche-17231054.html>
- GLENN, CATHERINE R. *et al.* (2019). EVIDENCE BASE UPDATE OF PSYCHOSOCIAL TREATMENTS FOR SELF-INJURIOUS THOUGHTS AND BEHAVIORS IN YOUTH. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Division 53*, 48 (3), 357-392.
- GONZÁLEZ DE LA VEGA, GERALDINA (2018). MUERTE DIGNA. ALGUNAS REFLEXIONES A PROPÓSITO DE DOS SENTENCIAS SOBRE EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO. EN CAPDEVIELLE, P., FIGUEROA MEJÍA, G. A. Y MEDINA ARELLANO, M. (COORDS.). *Bioética y decisiones judiciales. México: UNAM.*
- GUILLOD, OLIVER Y SCHMIDT, ALINE (2005). ASSISTED SUICIDE UNDER SWISS LAW. *European Journal of Health Law*, 12, 25-38.
- HAWTON, KEITH *et al.* (2016). *Psychosocial Interventions Following Self-Harm in Adults: a Systematic Review and Meta-Analysis. The Lancet. Psychiatry*, 3 (8), 740–750.
- HURST, SAMIA A. Y MAURON, ALEX (2017). ASSISTED SUICIDE IN SWITZERLAND. CLARIFYING LIBERTIES AND CLAIMS. *Bioethics*, 31 (3), 199-208. <https://doi.org/10.1111/bioe.12304>
- MARTÍNEZ NAVARRO, JUAN ALEJANDRO (2018). EL DERECHO A LA EUTANASIA. *Revista Andaluza de Administración Pública*, 102, 97-133.
- MEHLUM, LARS, SCHMAHL, CHRISTIAN, BERENS, ANN *et al.* (2020). *Euthanasia and Assisted Suicide in Patients with Personality Disorders: a Review of Current Practice and Challenges. Bord Personal Disord Emot Dysregul*, 7 (15). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>

- MONTERO, ETIENNE (2017). THE BELGIAN EXPERIENCE OF EUTHANASIA SINCE ITS LEGAL IMPLEMENTATION. EN JONES, D. GASTMANS, C. Y MACKELLAR, C. (EDS.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium, Cambridge Bioethics and Law, Cambridge: Cambridge University Press*.
- MROZ, SARAH *et al.* (2021). *Assisted Dying Around the World: A Status Quaestionis. Annals of Palliative Medicine, 10 (3), 3540-3553.* <https://doi.org/10.21037/apm-20-637>
- NYS, HERMAN (2017). A DISCUSSION OF THE LEGAL RULES ON EUTHANASIA IN BELGIUM BRIEFLY COMPARED WITH THE RULES IN LUXEMBOURG AND THE NETHERLANDS. EN JONES, D., GASTMANS, C. Y MACKELLAR, C. (EDS.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium Cambridge Bioethics and Law, Cambridge, 7-25*.
- PEGORARO, LUCIO Y RINELLA, ANGELO (2006). *Introducción al derecho comparado. México: UNAM*.
- OVALLE GÓMEZ, CONSTANZA (2019). APORÍAS ENTRE PLURALISMO Y JUSTICIA EN LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA. *Revista Colombiana de Bioética, 14 (1), 27-51*.
- SAFYAN, ALEXANDER (2011). A CALL FOR INTERNATIONAL REGULATION OF THE THRIVING “INDUSTRY” OF DEATH TOURISM. *Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Review, 33 (2), 287-319*.
- SVENSON, ARTHUR (2017). PHYSICIAN-ASSISTED DYING AND THE LAW IN THE UNITED STATES: A PERSPECTIVE ON THREE PROSPECTIVE FUTURES. EN CHOLBI, M. J. (ED.). *Euthanasia and Assisted Suicide. Global Views on Choosing to End Life Santa Bárbara: Praeger, 3-28*.
- TURILLAZZI, EMANUELA, MAIESE, A., FRATI, P. *et al.* (2021). *Physician–Patient Relationship, Assisted Suicide and the Italian Constitutional Court. Bioethical Inquiry, 18, 671-681.* <https://doi.org/10.1007/s11673-021-10136-w>
- VERHOFSTADT, MONICA, THIENPONT, LIEVE, Y PETERS, GEJALT-JORN (2017). WHEN UNBEARABLE SUFFERING INCITES PSYCHIATRIC PATIENTS TO REQUEST EUTHANASIA: QUALITATIVE STUDY. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 2, 238-245.* <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>
- WIESING, URBAN (2021). THE JUDGMENT OF THE GERMAN FEDERAL CONSTITUTIONAL COURT REGARDING ASSISTED SUICIDE: A TEMPLATE FOR PLURALISTIC STATES? *J Med Ethics, 0, 1–5*.

LEGISLACIÓN CITADA

Australia (Victoria)

Voluntary Assisted Dying Act 2017. No. 61 of 2017.

Medical Treatment Act 1988

Austria:

Sterbeverfügungsgesetz, BGB I 242/2021. (Ley sobre el consentimiento informado para la muerte)

Bélgica:

Loi relative à l'euthanasie, 28 Mai 2022 (Ley sobre la Eutanasia)

Canadá:

Bill C-14, 2016

Bill C-7, 2021

Criminal Code

Colombia:

Ley 23 de 1981

Resolución 1216/2015

Resolución 825/2018

Resolución 971/2021

España:

Ley Orgánica 3/2021

Ley 41/2002

Italia:

Legge 219/2017 (Ley 2019/2017)

Codice Penale (Código Penal)

Luxemburgo:

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (Ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido)

Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant (Ley sobre los cuidados paliativos, la directiva anticipada y el acompañamiento en el fin de la vida).

Montana (EE.UU.)

The Oregon Death with Dignity Act, 1994.

Nueva Zelanda:

Code of Health and Disability Services Consumers' Rights (1996).

End of Life Choice Act 2019.

Países Bajos:

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002 (Ley sobre terminación de la vida a petición y suicidio asistido).

Wetboek van Strafrecht (Código Penal).

Burgerlijk Wetboek Boek (Código Civil).

Suiza:

Strafgesetzbuch (Código Penal)

Zivilgesetzbuch (Código Civil)

Bundesverfassung (Constitución Federal)

JURISPRUDENCIA CITADA

ALEMANIA:

BVERFG, URTEIL DES ZWEITEN SENATS VOM 26. FEBRUAR 2020 - 2 BVR 2347/ 15, 2 BVR 2527/16, 2 BVR 2354/16, 2 BVR 1593/16, 2 BVR 1261/16, 2 BVR 651/16 - RN. (1 - 343)

BGH, BESCHLUSS VOM 8. FEBRUAR 2017 XII ZB 604/15

AUSTRIA

G 139/2019-71 11. DEZEMBER 2020.

CANADÁ:

RODRÍGUEZ V. BRITISH COLUMBIA (AG), [1993] 3 SCR 519

CARTER V. CANADA (AG), 2015 SCC 5

COLOMBIA:

SENTENCIA C-239/1997

SENTENCIA T-544 DE 2018

SENTENCIA C-233/2021

SENTENCIA C-164/2022

ESTADOS UNIDOS:

CRUZAN V. DIRECTOR, MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH, 497 U.S. 261 (1990)

IN RE QUINLAN (70 N.J. 10, 355 A.2D 647 (NJ 1976))

WASHINGTON V. GLUCKSBERG, 521 U.S. 702 (1997)

VACCO V. QUILL, 521 U.S. 793 (1997)

BAXTER V. MONTANA, 224 P.3D 1211 (MONT. 2009)

BAXTER V. MONTANA ADV-07 781, 18 2008

MORRIS V. BRANDENBURG, CASE NO. D-202-CV 2012-2909, 12–13 (2014).

MORRIS V. BRANDENBURG, CASE NO. S-1-SC-35478, 2 (2016)

ITALIA:

SENTENZA 242/2019

SUIZA:

URTEIL BGE 133 I 58 S. 59 - 2A.48/2006 / 2A.66/2006 DE 3 DE NOVIEMBRE DE 2006 (SENTENCIA DEL TRIBUNAL FEDERAL)

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS:

PRETTY V. UNITED KINGDOM - 2346/02, 44 §2, TEDH 2002

HASS V. SWITZERLAND - 31322/07, 44 §2, TEDH 2011

GROSS V. SWITZERLAND - 67810/10, 44 §2, TEDH 2013

* Profesor de derecho constitucional de la Universidad de San Buenaventura Medellín, master en derecho constitucional del Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (España). Master in Global Rule of Law and Constitutional Democracy de la Universidad de Génova (Italia). Candidato a doctor en filosofía de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: esteban.buriticaa@gmail.com.

** Profesor titular de la Universidad de San Buenaventura Medellín. Doctor en Derecho Privado de la Universidad de Salamanca, master en derecho médica y bioética de la Universidad de Granada.

¹ Por ejemplo, existen proyectos actualmente en Portugal, Chile, Irlanda, México, Argentina, entre otros.

² En orden cronológico: Oregón (1994), Montana (2008), Washington (2008), Vermont (2013), California (2016), Colorado (2016), Distrito de Columbia (2016), Hawaii (2018), Maine (2019), Nueva Jersey (2019) y Nuevo México (2021). La Corte Suprema de Estados Unidos ha señalado que el derecho a la muerte asistida no está consagrado en la Constitución, pero cada estado o el gobierno federal pueden reconocerlo (Vacco v. Quill). Véase Arthur Svenson (2017).

³ En orden cronológico, Victoria (2019), Australia Occidental (2019), Tasmania (2021), Australia Meridional (2021), Queensland (2021) y Nueva Gales del Sur (2022). Como la regulación de la eutanasia no está explícitamente prevista en la sección 51 de la Constitución australiana, el Parlamento Federal no está facultado para regularla.

⁴ Véase Sarah Mroz *et al.* (2021, p. 3541), Herman Nys (2017); Ovalle Gómez (2019); Martha Cancino Merentes (2022, p. 17).

- ⁵ Véase Sarah Mroz *et al.* (2021, p. 3541) y Herman Nys (2017). Una clasificación que contempla factores distintos, como la voluntad del paciente y la finalidad, es desarrollada por Juan Alejandro Martínez (2018, p. 112).
- ⁶ Por ejemplo, en Canadá es el argumento central en el caso *Rodríguez v. British Columbia (AG)*, [1993] 3 SCR 519. También en Estados Unidos es el argumento central en los casos *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997) y *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997).
- ⁷ La mayoría de doctrinantes en Suiza consideran que tanto la eutanasia pasiva como la eutanasia activa indirecta son legales. Véase Guillod y Schmidt (2005, p. 26).
- ⁸ Véase Samia Hurst y Alex Mauron (2017, p. 4.) y Guillod y Schmidt (2005).
- ⁹ El artículo 2o. de la ley alude solo a la eutanasia activa. Aunque las razones para omitir el suicidio asistido fueron diversas y han sido rechazados varios proyectos de ley para incluirlo, la Comisión de Control y Evaluación sobre la Eutanasia ha considerado que el suicidio asistido “cae dentro del alcance de la ley, tal como está redactada actualmente, según la cual el médico tiene el control del proceso de morir hasta el final, independientemente de los medios” (FCECE, Primer Reporte, 2004, p. 24 y Herman Nys, 2017, p. 10).
- ¹⁰ Sobre las dificultades para definir normativamente la terminabilidad de la enfermedad, véase Cancino-Merentes *et al.* (2022, p. 25).
- ¹¹ Como señalan Paola Delbon *et al.* (2019, p. 194). “en tales situaciones, la asistencia de terceros para acabar con la vida de una persona puede ser la única forma de que los pacientes escapen de ser mantenidos con vida artificialmente, lo que las personas no quieren y tienen derecho a rechazar”.
- ¹² Una exigencia similar existió en Colombia hasta 2021 para la eutanasia activa (sentencia C-239/1997 y resolución 1216/2015, artículo 2o.).
- ¹³ Como señala Herman Nys. (2017, p. 17) la falta de distinción legal entre enfermedad física y mental “ha llevado recientemente a la aceptación relativamente común de la eutanasia a pedido de pacientes psiquiátricos”.
- ¹⁴ Véase Monica Verhofstadt *et al.* (2017, p. 238).
- ¹⁵ El Tribunal Federal sostuvo que “un médico tiene derecho, en el contexto de las normas profesionales reconocidas, a prescribir pentobarbital sódico con fines suicidas, siempre que se cumplan las condiciones para hacerlo” (sentencia 2A.48/2006 / 2A.66/2006).
- ¹⁶ En el estado de Oregón, está expresamente prohibida la eutanasia a pacientes cuyos desórdenes psiquiátricos o psicológicos pueden causar un consentimiento viciado (§3.03). Prohibiciones similares existen en Victoria (part 2.9 (2)) y Nueva Zelanda (part 1, sección 5 (2)(a)).
- ¹⁷ Por ejemplo, Jörg Fegert *et al.* (2021, s/p): “si siempre asumimos que los niños son automáticamente incluidos y considerados cuando se trata de derechos humanos universales [como el derecho al suicidio asistido], somos víctimas de falacias y podemos cometer errores de gran alcance”.
- ¹⁸ Por ejemplo, Wiesing (2021, p. 2) considera que, conforme a la sentencia de la Corte, “el permiso se aplica en todas las fases y situaciones de la vida, siempre que una persona tenga la edad y la capacidad de dar su consentimiento”.
- ¹⁹ Así lo consideran Emanuela Turillazzi *et al.* (2021, p. 676) a partir del análisis de la sentencia de la Corte Constitucional italiana: “Un requisito previo es la capacidad y plena autonomía de decisión del paciente. Esto excluye la posibilidad de que la solicitud de suicidio asistido pueda provenir de un menor (menor de dieciocho años) o de un paciente incompetente a través de un sustituto o un fideicomisario”.
- ²⁰ Se trata de las resoluciones 1216 de 2015, 825 de 2018 y 971 de 2021 del Ministerio de Salud.
- ²¹ Sin embargo, como señala Guillod y Schidt (2005, p. 29), en Suiza, “la discusión [que condujo a la despenalización] no contemplaba el suicidio asistido desde una perspectiva médica. Por el contrario, se inspiró en historias románticas sobre personas que se suicidan en defensa de su propio honor o el de su familia y sobre suicidios cometidos por amantes rechazados”.
- ²² Como señalan Samia Hurst y Alex Mauron (2017, p. 5), en Suiza “el marco normativo es una cuestión de costumbre informal más que de derecho positivo. Por ejemplo, existe un acuerdo implícito de que las autoridades o el personal médico no deben prevenir activamente el suicidio asistido, a menos que exista la presunción de una violación flagrante de las normas legales o reglamentarias, o de las normas informales establecidas por las asociaciones por el derecho a morir”.
- ²³ Un análisis de la sentencia del TEDH es realizada por Jorge Antonio Climent (2018, p. 135).
- ²⁴ Un análisis crítico sobre los fundamentos constitucionales de la muerte asistida en Colombia es desarrollado por Geraldine Gonzáles de la Vega (2018).
- ²⁵ En 1993 la Corte Suprema ya se había pronunciado sobre la constitucionalidad de la prohibición del asistido en *Rodríguez v. British Columbia*, declarando que el artículo 241.2 no violaba derechos fundamentales.

²⁶ En palabras de la Corte, “La protección otorgada por los derechos fundamentales también comprende la libertad de buscar y, si se ofrece, hacer uso de la asistencia brindada por terceros para este fin [el suicidio]” (BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020).

²⁷ Al respecto, véase Wiesing (2021, p. 2).

²⁸ Según la Corte, “la Constitución de los Estados Unidos otorgaría a una persona competente el derecho constitucionalmente protegido de rechazar la hidratación y nutrición vitales” (Cruzan v. Director, Missouri Department of Health). A nivel estatal, la Corte Suprema de Nueva Jersey, en el caso *In re Quinlan* (70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (NJ 1976)).

²⁹ *Washington v. Glucksburg*, 521 U.S. 702 (1997).

³⁰ *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997): “cuando un paciente rechaza un tratamiento médico de soporte vital, muere a causa de una enfermedad o patología mortal subyacente; pero si un paciente ingiere un medicamento letal prescrito por un médico, ese medicamento lo mata”

³¹ En palabras de la Corte, “los derechos constitucionales de Montana a la privacidad individual y la dignidad humana, en conjunto, abarcan el derecho de un paciente terminal competente a morir con dignidad” (*Baxter v. Montana* ADV-07 781, 18 2008).

³² En palabras de la Corte, la penalización del suicidio asistido viola el “derecho fundamental a elegir la ayuda para morir de conformidad con la garantía de la Constitución de Nuevo México para proteger la vida, la libertad y la búsqueda y obtención de la felicidad” (*Morris v. Brandenburg*, Case No. D-202-CV 2012-2909, 12–13, 2014).

³³ *Morris v. Brandenburg*, Case No. S-1-SC-35478, 2 (2016).