



# Asistencia Médica en el Morir: ¿Hacia dónde va el Derecho Internacional de los Derechos Humanos?(\*)

## *Medical Assistance in Dying: Where Is International Human Rights Law Heading?*

*Para Ana, María, Janet y las que vienen*

**Josefina Miró Quesada Gayoso(\*\*)**

Pontificia Universidad Católica de Perú (Lima, Perú)

**Gabriela Andrea Saldivar Condori(\*\*\*)**

Universidad Católica de Santa María (Arequipa, Perú)

**Resumen:** En los últimos años, el debate sobre la legalización de la muerte médicamente asistida [MMA] ha cobrado impulso a nivel global. Cambios socioculturales, avances en bioética y pronunciamientos de organismos internacionales han generado que cada vez más países consideren su regulación. Sin embargo, el debate sigue marcado por tensiones jurídicas entre derechos humanos como la vida, libertad, vida privada, integridad personal. Este artículo analiza el estado actual del Derecho Internacional de los Derechos Humanos [DIDH] en relación con la legalización de la MMA. Para ello, examina los estándares desarrollados en los sistemas regionales y universal de derechos humanos, con especial atención a la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos [TEDH] y los pronunciamientos de organismos de supervisión. Busca responder en qué medida la MMA es compatible con el DIDH y qué obligaciones tienen los Estados si deciden regularla. Finalmente, se presentan reflexiones sobre los criterios que deben considerarse al legislar esta práctica.

**Palabras clave:** Muerte médicamente asistida - Eutanasia - Suicidio asistido - Derecho a una muerte digna - Vida digna - Derecho Internacional de los Derechos Humanos - Tribunal Europeo de Derechos Humanos

**Abstract:** In recent years, the debate around legalizing medical assistance in dying (MAID) has gained momentum worldwide. Sociocultural changes, advancements in bioethics, and statements from international organizations have contributed to an increase in the number of countries considering regulating MAID. However, the debate is still characterized by legal tensions between human rights such as the right to life, freedom, privacy, and personal integrity. This article analyzes the current state of International Human Rights Law (IHRL)

(\*) Nota del Equipo Editorial: este artículo fue recibido el 30 de marzo de 2025 y su publicación fue aprobada el 26 de junio de 2025.

(\*\*) Abogada por la Pontificia Universidad Católica del Perú (Lima, Perú). Máster en Criminología por la Universidad de Cambridge (Reino Unido). Becaria Knight-Hennessy 2025 y candidata a magíster en Investigación Sociojurídica (JSM) por la Universidad de Stanford. Ha sido docente de la Facultad de Derecho de la PUCP y es actualmente, supervisora de tesis en la Escuela de Posgrado en Derecho de la PUCP. Ex investigadora visitante del Instituto de Criminología de la Universidad de Cambridge. Lideró con éxito los únicos dos casos de litigio estratégico en el Perú sobre derecho a una muerte digna (casos Ana Estrada y María Benito). Exasesora de la Alta Dirección de la Defensoría del Pueblo y expasante de la Defensoría de Derechos de las Víctimas de Naciones Unidas. Fue seleccionada Global Fellow of End-Of-Life-Care, programa internacional impulsado por las organizaciones Death with Dignity y The Completed Life Initiative en Estados Unidos; y fue Legal Fellow en la organización Compassion & Choices. Es actualmente cofundadora de Plataforma Dignidad, una red latinoamericana para avanzar el derecho a morir con dignidad. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4151-4716>. Correo electrónico: josefina.miroquesada@pucp.edu.pe.

(\*\*\*) Bachiller de Derecho por la Universidad Católica de Santa María. Expasante de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4765-7005>. Correo electrónico: gabrielasaldivar3@gmail.com.



in relation to the legalization of MAID. It examines the standards established by both regional and universal human rights systems, focusing on the caselaw of the European Court of Human Rights (ECtHR) and the statements issued by oversight bodies. The article aims to respond to what extent MAID is compatible with IHRL and what obligations states have when addressing this issue. Finally, it offers reflections on the criteria that should be considered when legislating this practice.

**Key words:** Medical Assistance in Dying - Euthanasia - Assisted Suicide - Right to die with dignity - Life with dignity - International Human Rights Law - European Court of Human Rights

## 1. Introducción

La asistencia médica en el morir o la muerte médicamente asistida [MMA] es la práctica en virtud de la cual un profesional médico asiste a una persona, léase un paciente<sup>(1)</sup> con una enfermedad terminal o grave e incurable, que le solicita poner fin a su vida, comúnmente para evitar sufrimientos físicos y/o psíquicos intolerables al final de esta. Es un término paraguas usado a nivel internacional, que comprende tanto el suministro de una sustancia letal por parte de un médico al paciente que lo solicita, así como la entrega o prescripción de medicamentos letales de un médico a un paciente para que este directamente lo ingiera (Buchbinder & Cain, 2023).

A nivel global, existe una diversidad de conceptos que se usan para describir la MMA. En algunos espacios, es común aún el término “suicidio asistido”. Sin embargo, hay quienes consideran que es errado hablar de “suicidio” cuando los pacientes que solicitan la MMA están muriendo y, si pudieran, desearían seguir viviendo dignamente, pero no pueden dada su condición de salud. Por eso, la *American Association of*

*Suicidology* afirmó en 2017 que el suicidio es un fenómeno distinto al de la MMA<sup>(2)</sup>. Aunque aún es común el término en ciertos contextos o legislaciones, en este trabajo se limitará su uso a lo necesario y tomando en cuenta la distinción semántica.

Con relación al concepto de eutanasia, también usado para describir la MMA, el tratamiento dado aquí es distinto. Si bien aún carga una connotación negativa asociada a la Alemania Nazi (Kragh, 2019), consideramos que esta distorsión histórica no es razón suficiente para dejar de usarlo. Primero porque un importante sector de la población está familiarizado con este dado su origen etimológico en griego: [eu] buena, [thanatos] muerte. Segundo porque ha sido redefinido con el tiempo. La misma Asociación Médica Mundial define la eutanasia como “el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste” (2019).

Por ende, a la actualidad, se entiende que la eutanasia solo puede ser voluntaria, activa y directa<sup>(3)</sup>. Para fines de este artículo, si bien utilizaremos este concepto cuando sea pertinente, hemos optado por preferir el término MMA, que incluye tanto la eutanasia, como la asistencia médica al suicidio, por tener una connotación más neutral. El concepto de

- (1) Entendemos que la palabra “paciente” connota pasividad, ya que se asemeja a la idea de una persona que recibe una acción. Somos conscientes de que se necesita una palabra más adecuada que demuestre mayor capacidad de acción para describir a la persona usuaria de un sistema de salud. No obstante, hemos decidido utilizarla en este artículo por razones prácticas, dado su uso más extendido.
- (2) Si bien este pronunciamiento está a la espera de ser actualizado, conviene destacar algunas diferencias que recoge la Asociación Americana de Suicidología. Entre estas que: (i) la MMA solo está disponible para pacientes terminales o con una expectativa de vida limitada, mientras que el suicidio no se restringe a una enfermedad y suele involucrar personas que podrían seguir viviendo mucho más tiempo; (ii) los pacientes que optan por la MMA no desean morir pero no tienen una opción viable para seguir viviendo debido a su enfermedad, mientras que el suicidio se relaciona con angustia psicológica, desesperanza e incapacidad de ver un futuro; (iii) los pacientes que desean la MMA suelen ver fortalecidos los lazos emocionales con sus seres queridos, mientras que el suicidio ocurre en aislamiento y soledad; (iv) el suicidio a menudo se percibe como ‘autodestrucción’, mientras que el paciente que desea una MMA lo ve como una forma de ‘autopreservación’ de su dignidad y autonomía; (v) el suicidio ha solido involucrar métodos violentos o traumáticos, mientras que la MMA es un proceso supervisado médicamente, pacífico e indoloro; (vi) La MMA requiere varios pedidos, tiempos de espera y supervisión médica, mientras que el suicidio suele ocurrir en un contexto transitorio de crisis aguda. Para más información, véase “Statement Of The American Association Of Suicidology: “Suicide” Is Not The Same As “Physician Aid In Dying”, de Colleen Creighton, Julie Cerel y Margaret P. Battin (2017), en <https://ohiooptions.org/wp-content/uploads/2016/02/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf>
- (3) Por tanto, no compartimos las definiciones que subclasifican a la eutanasia por tipología de eutanasia directa o indirecta; pasiva o activa; voluntaria o involuntaria. Como señala la Comisión de Asesoramiento bioético de la Federación Médica del Interior [FEMI] del Uruguay (2020), la eutanasia es una “acción encaminada a producir la muerte de un paciente, es decir, que la produce en forma directa mediante una acción causa-efecto única e inmediata” y esta únicamente puede ser “activa, directa y voluntaria” (p. 10).



MMA es similar al que usa la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia [LORE] en España que define la “prestación de ayuda a morir” como la “acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir”, y que incluye dos modalidades: la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente, y la prescripción o el suministro por parte del profesional sanitario de una sustancia letal al paciente para que este la autoadministre.

Hecha esta aclaración terminológica, este artículo tiene como propósito analizar el estado actual del Derecho Internacional de los Derechos Humanos [DIDH] en torno a la legalización de la MMA. Por lo general, permitir esta opción al final de la vida plantea para los Estados un aparente conflicto entre el derecho a la vida, por un lado, y por el otro, a la vida privada, autonomía, dignidad o integridad personal. Este trabajo analiza críticamente los estándares del DIDH consolidados en la última década sobre este tema. Buscamos responder a las siguientes preguntas: ¿En qué estado se encuentra la MMA con relación a recientes estándares del DIDH? ¿En qué medida la MMA es compatible con el DIDH? ¿Qué obligaciones internacionales tienen los Estados que están debatiendo la posibilidad de despenalizar y/o legalizarla?

Para ello, el artículo se dividirá de la siguiente manera. Una primera parte desarrolla el contexto global actual en el que se inserta el debate sobre legalizar la MMA. Una segunda, se centra en los más recientes estándares de los sistemas regionales de derechos humanos sobre este tema, con énfasis en el sistema europeo, donde hay, al menos, siete sentencias emitidas por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos [TEDH]. Una tercera analiza los pronunciamientos de mecanismos de supervisión de derechos humanos del Sistema Universal de Derechos Humanos (SUDH). Finalmente, se concluye con reflexiones y criterios que deben considerar los Estados que se proponen despenalizar y/o legislar esta práctica dentro de sus jurisdicciones.

## 2. La llegada de un “momentum”

A nivel internacional, aún son pocos los países que han despenalizado y/o legalizado alguna de las modalidades de MMA: Suiza (1937), Alemania (1871), Colombia (1997), Países Bajos (2001), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Canadá (2016), los seis Estados de Australia (2021-2025), once Estados en Estados Unidos (Compassion & Choices, s.f.) (Oregón,

Washington, Montana, Vermont, California, Nuevo México, Nueva Jersey, Maine, Hawái y Delaware) y Washington DC (2017), Nueva Zelanda (2021), Italia (2019), Austria (2022), España (2021), Portugal (2023) y Ecuador Ecuador (2024) y Uruguay (2025).

Sin embargo, en la última década, movimientos a favor de la muerte digna han ganado un “*momentum*” que da cuenta de un cambio en la percepción sociocultural de la MMA, y en iniciativas dirigidas a legalizarla (Mroz et al., 2021). En Italia, la Asociación Luca Coscioni recolectó más de un millón de firmas para solicitar un referéndum que permitiera la eutanasia, aunque la Corte Constitucional la declaró luego inadmisibles en 2022 (Eutanasia Legale, 2025). Pronto deberá pronunciarse sobre el pedido de un tribunal de Florencia para consultarle sobre la constitucionalidad de la eutanasia cuando un paciente, que cumple con los requisitos para acceder al suicidio asistido no puede, sin embargo, ingerir el medicamento letal (Il Post, 2025).

Por su parte, Nueva Zelanda legalizó la eutanasia vía un referéndum con 65% a favor (Jha, 2020). En Estados Unidos, ha habido un avance importante en la aprobación de leyes de MMA en los últimos ocho años, con siete jurisdicciones que tienen ya una ley de MMA<sup>(5)</sup>; mientras que tuvieron que pasar 19 años para autorizarla en los primeros cuatro Estados (Compassion & Choices, 2024, p. 30).

Otras iniciativas han incluido acudir a tribunales mediante la revisión concreta de casos o abstracta de leyes. Decisiones judiciales favorables han sido emitidas por las más altas cortes de diversos Estados como la Corte Constitucional de Italia (2019), que despenalizó el suicidio asistido para pacientes dependientes de medidas de soporte vital (Verdú, 2019); de Alemania (2020) y Austria (2023), que declararon inconstitucional la prohibición absoluta del suicidio asistido; de España (2023) que ratificó

(5) La muerte médicamente asistida (*Medical Aid in Dying*) en Estados Unidos es la práctica en virtud del cual, una persona mentalmente capaz con una enfermedad terminal [pronóstico de vida de seis meses] solicita a un proveedor médico una prescripción médica para acceder a una medicación que deba ser auto suministrada para poder acceder a una muerte en paz (Compassion & Choice, 2024, p. 24).



la constitucionalidad de la LORE; de Ecuador (2024), que declaró inconstitucional la criminalización total de la eutanasia; y de Perú (2022), cuya Corte Suprema de Justicia<sup>(6)</sup> ratificó la sentencia que despenalizó en el caso concreto de Ana Estrada la eutanasia, llegando a reconocer esta práctica como expresión de un derecho innominado a morir con dignidad.

Incluso, en algunas de las jurisdicciones que ya habían legalizado la MMA, como Canadá y Colombia, sus respectivas Cortes Constitucionales han expandido mediante fallos posteriores la accesibilidad de esta opción al final de vida, por ejemplo, eliminando el requisito de pronóstico de vida de seis meses, es decir, una enfermedad terminal. Ello, con base en una argumentación jurídica que considera que la MMA es un derecho constitucional fundamental. En el caso de Oregón, el primer Estado en Estados Unidos en legalizarlo, y Vermont, también se han dado importantes avances de accesibilidad mediante la eliminación de barreras para acceder a la MMA, como es el requisito de la residencia (U.S. District Court for the District of Vermont. *Caso Bluestein vs. Scott*, 2022 & *Settlement Agreement and release of claims Gideonse vs. Brown et al.*, 2022).

Desde los Parlamentos también se han planteado proyectos de ley a nivel comparado en la última década. En los últimos meses, uno de los casos más sonados es el “*Terminally Ill Adults (End of Life) Bill*”, presentado en Inglaterra y Gales por la congresista Kim Leadbeater en octubre de 2024 para legalizar el “suicidio asistido” para pacientes terminales y mentalmente competentes. Aprobado por la Cámara de los Comunes, debe aún pasar por el Senado (Clarke, 2025). Igualmente, la Asamblea General en Francia aprobó recientemente con una abrumadora mayoría un proyecto de ley para legalizar la muerte asistida, pero falta todavía el Senado (Corbet, 2025).

En América Latina, son varios Estados cuyos Congresos han propuesto regular esta opción de fin de vida. En Colombia, a pesar de que existen sendas sentencias de la Corte Constitucional que ratifica la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como un derecho fundamental a morir con dignidad, y un protocolo del Ministerio de Salud que reglamenta la eutanasia (2015), se han presentado varios proyectos de ley para legislar

la práctica, en atención a la exhortación de la Corte Constitucional (Congreso de la República de Colombia, 2024). En Perú, tras la sentencia del histórico caso de Ana Estrada que despenalizó la eutanasia en su caso, se han presentado también proyectos de ley para regularla de manera general (Solar, 2024). En Ecuador, en cumplimiento del fallo de la Corte Constitucional recaído en el expediente No. 67-23-IN/24, que despenalizó la eutanasia, la Defensoría del Pueblo presentó un proyecto de ley a la Asamblea Nacional para que se legisle, aún pendiente de debate (Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2024). En Chile (Ávila, 2025), fue aprobado un proyecto de ley para legalizar la eutanasia en la cámara de diputados, pero aún está pendiente de ser discutido en el Senado. En Uruguay (Díaz Campanella, 2025), el 15 de octubre de 2025, el Parlamento aprobó el proyecto de ley de muerte digna que legalizó la eutanasia. Argentina (Cayón, 2025), por su parte, ha vuelto a presentar proyectos de ley para permitir esta opción, siguiendo el caso de Uruguay.

Cada uno de estos avances plantea un debate contemporáneo en torno a la viabilidad jurídica de despenalizar y/o legislar<sup>(7)</sup> la MMA a nivel doméstico. Supone redefinirla de entenderla como un delito a una opción más que materializa la autonomía del paciente sobre el cuidado al fin de su vida. Implica tratarla como una alternativa tan legal como lo son los cuidados paliativos, el rechazo o retiro de tratamientos médicos de soporte vital, o la adecuación del esfuerzo terapéutico<sup>(8)</sup>.

Desde el derecho comparado, se viene reconociendo este cambio en la forma en la que abordamos el fin de vida. Así lo sostuvo el

(6) La Corte Suprema de Justicia es la máxima instancia del Poder Judicial en el Perú. Tiene la última palabra en procesos de control difuso, cuando se inaplica una norma a un caso concreto, como ocurrió en el de Ana Estrada. Dado que la sentencia en primera instancia no fue apelada por las partes demandadas, no llegó nunca al Tribunal Constitucional.

(7) Aunque en este artículo el enfoque se presenta como si fuera indistinto una u otra opción, en la práctica, no lo es. La despenalización es el primer paso para permitir la muerte asistida, pero es insuficiente. Por un lado, los Estados requieren regularla debidamente para proteger el derecho a la vida de las personas vulnerables; por el otro, para optimizar también la autonomía de las personas con enfermedades terminales o graves e incurables, que les generen sufrimientos físicos y/o psíquicos.

(8) Es el acto de retirar o no iniciar medidas terapéuticas cuando son inútiles o fútiles para la mejora del paciente, cuando los tratamientos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica. Corresponde a lo que antes se llamaba “eutanasia pasiva”.



Tribunal Constitucional de España (2023) al afirmar que el “derecho de prestación de ayuda para morir” (...) ha de ser considerado teniendo en cuenta la evolución cultural, moral y jurídica que se ha producido en las últimas décadas en nuestra sociedad y en las de nuestro entorno” (párr. 4). La Corte Constitucional de Colombia también en su fallo C-233-21 (2021) señala que, si bien la situación del derecho comparado no permite evidenciar una posición única sobre este problema jurídico, sí “demuestra una apertura progresiva y paulatina hacia la prestación de servicios para la muerte digna, y la posible atenuación de las distinciones en el trato jurídico que se le da al homicidio por piedad y la ayuda o inducción al suicidio [más conocida en el derecho comparado como suicidio asistido]” (párr. 355).

Incluso, a nivel internacional, el TEDH, en su más reciente sentencia *Karsai vs. Hungría* (2024) ha reconocido que, en la actualidad, existe una tendencia que está emergiendo a nivel internacional de Estados hacia la despenalización de la asistencia médica en el morir, especialmente con relación a pacientes que sufren de condiciones incurables (párr. 143).

Este “*momentum*” a favor de disputar el tratamiento actual de la criminalización de la MMA en el derecho comparado no es aleatorio. Responde a transformaciones sociales, culturales y económicas por las que han transitado nuestras sociedades en las últimas décadas. El preámbulo de la LORE en España destaca algunas de estas:

La creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros factores.

García Ramírez (2004), por su parte, destaca también a los progresos de la medicina que prolongan la existencia biológica, los horrores del encarnizamiento terapéutico “que se aplica en la lucha pura y simple contra la muerte”, la secularización de la vida y la propia muerte, así como el conflicto entre valores como la vida y la calidad de vida, que han llevado a considerar en nuestros tiempos la permisión de la eutanasia (p. 888).

Tales cambios en sociedad han contribuido a crear un debate en torno a la emergencia de nuevos derechos. Los Derechos Humanos Emergentes son, por ejemplo, una

respuesta de la sociedad civil a nuevas necesidades humanas y realidades. Fueron planteados por el Instituto de Derechos Humanos de Cataluña en 2009, que incluyó el derecho a una muerte digna<sup>(9)</sup> como parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos Emergentes.

Dicho documento declarativo nació de la idea de que los seres humanos tenemos más derechos que los que están positivizados en ordenamientos jurídicos domésticos o internacionales. Son derechos que, “por un lado, emergen después de haber sido sumergidos por el olvido, la indiferencia y el menosprecio por parte de los Estados, y el conjunto del sistema internacional; y por el otro, que aparecen ante la rápida y constante evolución de las sociedades globalizadas” (Armijo, 2018, p. 24). Si bien no están expresamente reconocidos en tratados internacionales de derechos humanos, se les considera en proceso de emergencia.

La categoría jurídica de derecho humano emergente supone una reinventación y reinterpretación de los valores que inspiran los derechos humanos originados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Miró Quesada, 2021, p. 144). Este concepto se asemeja al de derechos fundamentales, innominados o implícitos. Dicha noción es extraída del derecho constitucional, que supone la creación de “nuevos” derechos o nuevos contenidos de viejos derechos (Bidart Campos, 2002). La premisa detrás de esta doctrina es que los derechos humanos o fundamentales no son un catálogo cerrado, sino que están en constante evolución.

Esto ha sido reconocido implícitamente en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos [SIDH]. El artículo 29, numeral c<sup>(10)</sup> de la Convención Americana de Derechos Humanos [CADH] reconoce los derechos no

(9) El “derecho a una muerte digna” que incluye la Declaración de Derechos Humanos Emergentes es definido como: “el derecho a que se respete su voluntad de no prolongar artificialmente su vida, expresada en un testamento vital o documento similar formalizado con las debidas garantías”. Es decir, es restringido a casos de adecuación del esfuerzo terapéutico.

(10) Artículo 29. Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: (...) c) Excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno.





enumerados cuando señala que ninguna de sus disposiciones puede ser interpretada en el sentido de excluir “otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa del gobierno”.

Esta disposición legal reafirma que los derechos expresamente consagrados en dicho tratado no se agotan ahí. La propia CADH reconoce que otros derechos pueden ser incluidos en su régimen de protección<sup>(11)</sup>. Por eso, en vía de interpretación, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en adelante “Corte IDH”, ha reconocido derechos, implícitos o no enumerado como a la identidad (Caso Rochac Hernández y otros vs. El Salvador, 2014, párr. 117), a la verdad (Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, 1988, párr. 86), a la propiedad indígena (Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay, 2005, párr. 143), a la autonomía reproductiva (Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica párr. 150), a defender derechos humanos (Caso Escaleras Mejía y otros vs. Honduras, 2018, párr. 43), a la negociación colectiva (Caso Miembros del Sindicato Único de Trabajadores de ECASA [SUTECASA] vs. Perú, 2024, párr. 190), o a un medio ambiente sano (Opinión Consultiva OC-23/17, 2017, párr. 63). Ello evidencia la recepción de derechos, deberes y garantías no enumerados en el DIDH, lo que facilita una evolución progresiva y abierta para la protección internacional de nuevos derechos (Espiell, 2000, p. 172).

Al amparo de este encuadre doctrinario, Correa Montoya (2021) sostiene que el derecho a morir con dignidad, que comprende en sus dimensiones el acceso a una MMA, es un derecho humano en emergencia. Si bien sus avances en la agenda internacional son aún tímidos y, sobre todo, con relación al derecho a no prolongar la vida de manera innecesaria, agrega que esta conceptualización se espera catalice decisiones más profundas sobre el fin de vida como un derecho internacionalmente protegido (p. 132).

A nivel doméstico, Colombia es el mejor ejemplo en el que la Corte Constitucional ha consolidado la muerte digna como un derecho fundamental, autónomo, independiente y multidimensional que involucra “un conjunto de facultades que permiten a una persona ejercer su autonomía y tener control sobre el proceso de su muerte e imponer a terceros límites respecto a las decisiones que se tomen en el marco del cuidado de la salud” (2017, párr. 6.1.8). A la actualidad, ha reconocido cuatro mecanismos para ejercerlo: los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico, la eutanasia y la asistencia médica al suicidio (2022).

En Perú, por su parte, el caso de Ana Estrada permitió la posibilidad de encuadrar la MMA, eutanasia específicamente,

como expresión de un nuevo derecho a morir con dignidad; aunque este reconocimiento no llevó, por razón del tipo de proceso judicial, a su despenalización general (Miró Quesada, 2021). El Tribunal Constitucional de España, en igual sentido, ha reconocido la existencia de un derecho subjetivo de naturaleza prestacional, a la autodeterminación sobre la propia muerte que descansa en los derechos fundamentales a la integridad física y moral, así como en los principios de dignidad y libre desarrollo de la personalidad o autonomía.

Esta tendencia emergente a nivel global, principalmente de Estados de Occidente, a debatir y/o a autorizar vía los Parlamentos o Tribunales, especialmente las más altas Cortes de los países en cuestión, alguna de las formas de la MMA, sumado a la iniciativa de Estados, o movimientos de la sociedad civil de reconocer la autodeterminación en el propio proceso de muerte como un derecho innominado o emergente, da cuenta de transformaciones significativas en la percepción y el abordaje de las decisiones que se toman al final de la vida.

Estos cambios han sido identificados por diversos actores de la comunidad internacional, y son un importante punto de inflexión en la valoración del estado de absoluta criminalización de los Estados sobre la MMA. Esto los ha llevado a asumir nuevas posturas en torno a los derechos humanos que entrarían en tensión, sea manteniendo el estatus jurídico de prohibición, o modificándola hacia una futura legalización. Algunos incluyen pronunciamientos de órganos de sistemas regionales y universales de derechos humanos, que serán analizados a continuación.

### 3. Sistemas Regionales de Derechos Humanos

De los tres sistemas regionales de derechos humanos, el único tribunal internacional que se ha pronunciado expresamente sobre la compatibilidad de la MMA y el DIDH es el

(11) Artículo 31. Podrán ser incluidos en el régimen de protección de esta Convención otros derechos y libertades que sean reconocidos de acuerdo con los procedimientos establecidos en los artículos 76 y 77.



TEDH o Tribunal de Estrasburgo. Hasta donde conocemos, ningún caso sobre autonomía al final de vida ha sido resuelto por la Corte IDH o la Corte Africana. Por ello, esta sección se centrará en desarrollar y analizar las tendencias en la jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo.

Sin perjuicio de ello, por razones de proximidad geográfica, aunado a la vinculatoriedad de instrumentos de derechos humanos que forman parte del SIDH, se destacan aquí los estándares de derechos humanos de aquellos estrechamente conexos a la MMA que resultan pertinentes para analizar su legalización en los Estados de la región latinoamericana.

### 3.1. Sistema Europeo: el Tribunal de Estrasburgo

A la actualidad, el TEDH tiene siete sentencias emitidas en los últimos veinte años desde el primer caso que resolvió: *Pretty vs. Reino Unido* (2002). Los primeros casos se centraron en peticiones de suicidio asistido y de retiro de tratamientos de soporte vital, y recién a partir del caso *Mortier vs. Bélgica* (2022), empieza a explorar la eutanasia. En su último caso, *Karsai vs. Hungría* (2024), el TEDH deja a un lado las confusas terminologías que usualmente están presentes en este debate y opta por el término “asistencia médica en el morir” [en inglés: “*physician-assisted dying*”] para cubrir tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Con ello, deja claro que la MMA difiere del rechazo o retiro de tratamientos de soporte vital, que antes recibía el nombre de “eutanasia pasiva”.

#### 3.1.1. *Pretty vs. Reino Unido* (2002)

El caso de la Sra. Diane Pretty fue el primero que llegó al Tribunal de Estrasburgo en 2002. La Sra. Pretty era una mujer de 43 años diagnosticada con una enfermedad neurodegenerativa conocida como esclerosis lateral amiotrófica [ELA] que deseaba que su esposo la ayude a morir para evitar vivir sufrimientos intolerables en la etapa final de su enfermedad. La Sra. Pretty alegaba que la prohibición penal impuesta por el Reino Unido que, aún hoy, sanciona el delito de suicidio asistido con una pena de hasta 14 años de cárcel a quien asiste a otro a quitarse la vida vulneraba sus derechos a la vida, a no sufrir tratos inhumanos, a la vida privada, a la libertad de pensamiento y a la no discriminación.

El TEDH, sin embargo, desestimó el recurso de la Sra. Pretty argumentando que la legislación penal del Reino Unido no vulneraba el CEDH. Aunque no descartó que el derecho a la vida privada (artículo 8, inciso 1 del CEDH) comprendiera la autodeterminación sobre cómo vivir la propia vida, incluido en su etapa final (párr. 65), y reconoció que indirectamente incluía nociones de calidad de vida (párr. 65), consideró que la intervención del Estado para restringir esa libertad se encontraba justificada, pues perseguía un objetivo legítimo: proteger la vida de personas vulnerables y evitar abusos en su contra (párrs. 68-69).

En la valoración del TEDH sobre la restricción al derecho a la vida privada, este no solo consideró intereses vinculados a

la salud de otros o seguridad pública, sino al hecho de que las circunstancias particulares de estos casos no habían sido ignoradas por el sistema de justicia en Reino Unido y habían tenido relevancia al momento de decidir si se perseguían o no penalmente en nombre de un interés público. Como sostiene Kayacan (2022), este razonamiento podría sugerir una futura obligación positiva del Estado de prestar especial atención a estas circunstancias cuando se decide procesar o no un caso de muerte asistida; quizás, algún día, si el derecho penal o procesal penal no las considerase al valorar la persecución de este delito, podría tratarse, entonces, de una violación al derecho a la vida privada (p. 177).

Sobre el derecho a la vida (artículo 2), el TEDH negó que pudiera derivarse de este un derecho a morir, pues este sería su “antítesis” (párr. 39). Además, negó que el Estado hubiese sometido a la Sra. Pretty a tratos, crueles e inhumanos (artículo 3), ya que el sufrimiento derivado de una enfermedad natural solo podría estar comprendido por este artículo si dicha condición fuese creada o agravada por medidas atribuibles a las autoridades, lo que no se presentaba en este caso (párr. 52). A nuestro parecer, ello resulta controvertido si consideramos que esa medida era justamente la negativa del Estado de aceptar la solicitud de la Sra. Pretty y asistirle para acelerar su muerte, forzándola, por ende, dado el estado de criminalización total, a sobrellevar sufrimientos intolerables al final de vida.

Finalmente, el tribunal rechazó también el argumento de la Sra. Pretty, de que la prohibición penal solo afectaba a las personas inmovilizadas físicamente como ella, quienes requerían de la asistencia de terceros para quitarse la vida (párr. 86). El TEDH reiteró que, dado que la restricción perseguía fines legítimos, no podía ser una medida discriminatoria.

#### 3.1.2. *Haas vs. Suiza* (2011)

El caso *Haas vs. Suiza* (2011) gira en torno a la solicitud de MMA o suicidio asistido del Sr. Haas, una persona con un trastorno mental, específicamente un desorden bipolar grave que padecía desde hacía 20 años, y que tuvo dos intentos de suicidio. El Sr. Haas contactó



a 170 psiquiatras para obtener una orden médica que le diera acceso a la sustancia letal, pero ninguno se la dio. El peticionario reclamaba que la negativa del Estado suizo de entregarle una sustancia letal, sin prescripción médica, para causar su propia muerte vulneraba su derecho a la vida privada al prohibirle controlar la forma y el momento de su muerte.

El TEDH, sin embargo, sostuvo que el Estado suizo no vulneró el CEDH, pues el Sr. Haas, quien carecía de una prescripción médica para la obtención del fármaco letal, no cumplía con los criterios de elegibilidad establecidos en la legislación nacional. En su opinión, las restricciones impuestas por Suiza perseguían un fin legítimo y eran razonables. Si bien el tribunal ratificó que el contenido del derecho a la vida privada (artículo 8) comprende la libertad de una persona de decidir el modo y manera de acabar con su vida, y agregó que no hay un consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa sobre cómo armonizar este derecho con otros derechos fundamentales como el de la vida ante posibles riesgos de abusos.

Por eso, sostuvo que cada Estado goza de un margen de apreciación amplio que les permite decidir cómo mejor regular esta práctica. La doctrina del “margen de apreciación” le habilita al TEDH a no intervenir en asuntos que están siendo desarrollados a nivel interno en un Estado, si considera que no hay consenso entre los Estados miembros del Consejo Europeo para regularlo (Kunz, 2024, p. 152). Presupone un cierto grado de deferencia al Estado de abordar una política, basado en el principio de subsidiariedad, especialmente frente a temas controvertidos, en el que no hay claridad sobre la naturaleza de un derecho o no hay consenso sobre cómo tratarlo.

Esta libertad otorgada a los Estados para regular ciertos temas a nivel interno, sin embargo, no es ilimitada. De ahí, que el TEDH sostuviese que, si un Estado decide legislar la MMA a nivel interno, el derecho a la vida (artículo 2) les exige implementar salvaguardias legales en sus ordenamientos para evitar posibles abusos. Este caso fue el primer caso en el que el TEDH utiliza el derecho a la vida para derivar de este una obligación positiva de los Estados de implementar medidas de seguridad y control antes, durante y después de la MMA.

### **3.1.3. Koch vs. Alemania (2013) y Gross vs. Suiza (2014)**

Dos años más tarde, en el caso Koch vs. Alemania (2013), el TEDH se pronuncia sobre el pedido del Sr. Koch, al que el Estado alemán le negó la entrega de una sustancia letal para su esposa de iniciales “B.K.”, quien tenía una cuadriplejía total, y le había pedido que la ayudara a morir. Ante la negativa, ambos viajaron a Suiza para que ella pueda acceder a un suicidio asistido. El TEDH sostuvo que la negativa de los tribunales de Alemania de no pronunciarse sobre el fondo de su caso porque el Sr. Koch “no era la víctima directa” había vulnerado su derecho a la vida privada. Sin embargo, confirmó lo que ya había señalado en el caso Haas: que la negativa de facilitar

una MMA a un solicitante estaba dentro del margen de apreciación de los Estados.

Por su parte, el caso Gross vs. Suiza (2014) es similar al Haas. También involucra a una peticionaria, Alda Gross que, sin tener una condición médica o enfermedad terminal pero sí dos intentos previos de suicidio, recibió una negativa de los médicos de prescribirle medicamentos letales, conforme a la legislación suiza en torno al llamado suicidio asistido. La Sra. Gross alegaba la vulneración de su derecho a la vida privada (artículo 8). Si bien el TEDH determinó que Suiza sí vulneró su derecho a la vida privada, ello no fue por negarle el acceso a una orden médica, sino porque el Estado no garantizó de manera suficientemente clara el marco normativo que permitía el acceso a una MMA (párr. 66).

### **3.1.4. Lambert y otros vs. Francia (2015)**

Un año después, en 2015, el TEDH se pronunció sobre el caso Lambert y otros vs. Francia, donde afianza su posición de diferenciar la MMA de solicitudes de retiro o rechazo a tratamientos médicos de soporte vital. El tribunal debía resolver si la decisión de médicos en Francia de retirarle la nutrición e hidratación artificial al Sr. Lambert, un paciente en estado vegetal irreversible, era o no compatible con el CEDH.

A consideración de los médicos, el tratamiento era fútil y desproporcionado; esto es, se trataba de una práctica conforme a la ética médica, como es la AET. Si bien antes del accidente, el Sr. Lambert habría manifestado no querer vivir en esas condiciones, no dejó directivas anticipadas para ello. Por tanto, sus padres iniciaron una serie de procesos judiciales y administrativos sin éxito, alegando que el Estado había vulnerado su derecho a la vida al retirarle estas medidas.

Los jueces del TEDH señalaron que, si bien no hay consenso entre los Estados del Consejo Europeo a favor del retiro de medidas de soporte vital, la mayoría sí lo permite. De hecho, sí hay un consenso sobre el deber de respetar los deseos de un paciente en decisiones sobre el final de vida (párr. 147). No obstante, reiteró nuevamente que, en esta materia, los Estados tienen un margen de apreciación que les permite balancear la autonomía individual con la protección del





derecho a la vida (párr. 148). Con relación a las obligaciones positivas que derivan de este derecho, el TEDH sostuvo que, frente a pedidos de retiro de tratamientos médicos, deben cumplirse: (i) la existencia de un marco normativo adecuado que lo regule; (ii) valorarse si los deseos del paciente se han manifestado previamente, así como las opiniones médicas, y finalmente, (iii) debe preverse la posibilidad de acudir a los tribunales en caso de que existan dudas sobre la mejor decisión para el paciente (párr. 143).

### 3.1.5. Mortier vs. Bélgica (2022)

El caso Mortier vs. Bélgica (2022) es el primero en el que el TEDH se pronuncia sobre una eutanasia. El peticionario era el hijo de la Sra. Godelieva, una mujer que sufrió de depresión por 40 años y accedió a la eutanasia, conforme al ordenamiento jurídico belga, por estar padeciendo de sufrimientos psicológicos crónicos que no podían ser aliviados pese a los tratamientos psiquiátricos que había agotado. La Sra. Godelieva no les consultó a sus hijos de su decisión; solo les avisó por correo. El peticionario sostuvo que las salvaguardias que tenía Bélgica habían sido insuficientes y que el Estado no protegió la vida de su madre.

El TEDH volvió a decir lo que dijo en Haas vs. Suiza (2011), respecto a que el derecho a decidir sobre los términos en los que una persona pone final a su vida está protegido por el derecho a la vida privada (artículo 8). Sin embargo, no llega a afirmar que la negativa de un Estado de brindar la prestación de la MMA para conseguirla sea contraria al CEDH en el sentido de que le sea exigible al Estado poner a disposición efectiva de la solicitante esta opción de fin de vida (párr. 135).

Lo que sí dijo categóricamente es que el derecho a la vida (artículo 2), aunque no pueda derivarse de este “un derecho a morir”, como afirmó en Pretty, no puede ser interpretado como un obstáculo que prohíba la despenalización condicionada de la eutanasia (párr. 138). Por el contrario, el derecho a la vida exige que la despenalización de la MMA venga acompañada de salvaguardias institucionales para prevenir el abuso. Con ello, coincidió con la posición del Consejo de Derechos Humanos [CDN] de Naciones Unidas (párr. 139), y agregó que, cuando el sufrimiento es mental, estas salvaguardias deben ser aún mayores (párr. 148).

En esa línea, el TEDH estableció que las salvaguardias previstas en el ordenamiento jurídico belga para aprobar la MMA sí fueron suficientes. No obstante, señaló que, si bien los jueces no pueden sustituir a los médicos que aprobaron conforme a ley la eutanasia de la Sra. Godelieva (párrs. 145-146), el Estado debió garantizar un sistema adecuado de revisión póstuma. Es decir, que existan mecanismos de rendición de cuentas frente a posibles riesgos de abuso a través de investigaciones independientes de cualquier muerte en la que existiera una sospecha de que fuese involuntaria, incluido en el marco de la MMA (párrs 166-169).

Por eso, determinó la responsabilidad internacional del Estado belga de vulnerar el derecho a la vida (artículo 2), no por autorizar la eutanasia, sino por carecer de un órgano de revisión independiente que investigara estos casos ex-post, y por la demora excesiva de dicha investigación penal (párr. 169).

### 3.1.6. Karsai vs. Hungría (2024)

Finalmente, en su más reciente caso Karsai vs. Hungría (2024), el peticionario, Daniel Karsai, un abogado de derechos humanos, diagnosticado con ELA, demandó a Hungría por considerar que la criminalización total de la MMA vulneraba sus derechos. No sólo por no permitirle acceder en su país a esta opción, sino por incluso sancionar a terceros que lo asistan si decidiese viajar con ellos al extranjero para recurrir a ella.

El Sr. Karsai planteó no sólo que esta criminalización vulneraba sus derechos a la vida privada (artículo 8), sino que era discriminatoria (artículo 2). Esto último pues señalaba que existía un tratamiento diferenciado no justificado entre pacientes como él y pacientes que dependían de medidas de soporte vital que, a diferencia de él, tenían la opción de retirar o suspender los tratamientos médicos para acelerar su propia muerte. El peticionario también justificó la necesidad de un cambio en la posición del TEDH con base en la existencia de una tendencia internacional y un consenso emergente entre los países a nivel global a favor de la MMA.

Aunque el TEDH reconoció que “cierta tendencia está emergiendo hacia la despenalización de la MMA”, especialmente con relación a pacientes que están sufriendo de condiciones incurables (párr. 143), sostuvo que aún la mayoría de los Estados miembros del Consejo de Europa prohíbe e incluso, persigue penalmente esta práctica. Si bien el TEDH no acoge el planteamiento del Sr. Karsai, consideramos que hay tres puntos que resaltan para el debate de la compatibilidad entre la MMA y el DIDH.

El primero es que el TEDH rechaza la relación que hace el Estado de Hungría entre la MMA y el capacitismo. Sostuvo que no puede decirse que la MMA sea discriminatoria contra las personas con discapacidad [PCD],



pues la propia legislación nacional permite a pacientes, incluidas las PCD, a rechazar tratamientos de soporte vital y eso no implica darles menor valor a sus vidas (párr. 148). El TEDH considera que establecer criterios de elegibilidad para acceder a la MMA como la enfermedad terminal o incurable, demuestran un intento por lograr un balance entre el respeto a la dignidad humana y el derecho a la autodeterminación de los pacientes con plena capacidad que desean morir, y los riesgos de permitir la MMA a cualquiera (párr. 148).

Lo segundo es que, los Estados que legalicen la MMA requieren implementar salvaguardias que se traduzcan en un marco regulatorio robusto y la cooperación de la profesión médica, para que la decisión de los pacientes sea genuina y libre de influencias externas, especialmente si pierden la capacidad de comunicarse (párr. 151). Es decir, reitera su posición de que el derecho a la vida impone a los Estados obligaciones positivas de establecer salvaguardas para que la autonomía de los pacientes sea respetada. Agregó que, dentro del margen de apreciación de los Estados Parte, estos deben considerar las implicaciones sociales y los riesgos de abuso que puede crear la implementación de la MMA (párr. 152).

Lo tercero es que el TEDH insiste en diferenciar la MMA y otras opciones al final de la vida que también aceleran la muerte, como los cuidados paliativos o el retiro de medidas de soporte vital. En esa línea, rechazó el argumento del Sr. Karsai sobre la discriminación entre pacientes señalando que la diferencia de trato en permitir el rechazo a tratamientos médicos de soporte vital, y mantener prohibida la MMA, es objetiva y razonable (párr. 175). Pese a que, en ambos casos, está de por medio la autonomía sobre el final de su vida, y el resultado de dicha intervención médica es adelantar la muerte, para el TEDH siguen siendo situaciones distintas que exigen un tratamiento diferente. De hecho, sostuvo que la sedación paliativa sería, a su consideración, suficiente para garantizar una muerte en condiciones dignas (párr. 154).

### 3.1.7. Bonus: Voto disidente del juez Felici en Karsai vs. Hungría (2024)

Para este artículo, hemos considerado pertinente destacar el voto disidente del juez Gilberto Felici en favor de la demanda del Sr. Karsai y sus argumentos en cuatro puntos. Esto son: (i) la relación entre la tendencia de Estados a legislar sobre la MMA y el carácter evolutivo de los derechos humanos; (ii) la criminalización total de la MMA como una intervención injustificada en la vida privada; (iii) las supuestas distinciones entre el retiro de medidas de soporte vital y la MMA; y (iv) el sufrimiento existencial y la afectación a la dignidad.

#### A) Tendencias y evolución

El juez Felici, en su voto minoritario, sostiene que el TEDH debió haber interpretado de manera “progresiva” el CEDH, tomando en cuenta la doctrina del instrumento vivo (“*living*

*instrument*”). Esta postula que los tratados de derechos humanos son documentos vivos que requieren ser interpretados a la luz de las condiciones del presente. En palabras de la Corte IDH en el Caso Atala Riffo y niñas vs. Chile (2012, párr. 83) y el TEDH en el Caso Tyrer vs. Reino Unido (1978, párr. 31), “tiene que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales”. Por eso, los cambios en las valoraciones socioculturales que se han registrado en favor de la MMA en los últimos años, analizados en el primer acápite, resultan pertinentes.

En opinión de Felici, determinar si hubo o no una violación a los derechos del Sr. Karsai requería partir de la existencia de una “tendencia emergente” en países europeos y no europeos sobre la regulación de opciones al final de la vida. En sus palabras:

Si tenemos en cuenta la considerable atención que se presta actualmente a la cuestión del acceso a los tratamientos activos al final de la vida en el debate público, fundamentalmente a nivel mundial, es indiscutible la magnitud de una tendencia a favor del reconocimiento de al menos algunas formas de asistencia médica en el morir (párr. 5 del voto disidente).

En esa línea, el TEDH debió considerar esta tendencia emergente en su interpretación de los derechos en juego. Añadió Felici que el TEDH también debió evaluar de manera concreta el caso, y no únicamente quedarse en abstracciones. De ahí, que formulase una ácida crítica a los colegas que suscribieron el voto en mayoría:

El Sr. Karsai presentó su situación con valentía, fuerza y vigor. Recordó al Tribunal su deber de resolver el caso específico y en términos concretos, no meramente abstractos. La debilidad física del demandante contrastaba con la solidez de sus argumentos. Da la impresión de que no se tuvieron en cuenta las legítimas preocupaciones del demandante y que su legítima solicitud de ayuda cayó en oídos sordos (párr. 7 del voto disidente).

#### B) Criminalización arbitraria

El juez Felici sostuvo también que la criminalización de la MMA, más si es extraterritorial, es contraria al derecho a la vida privada (párr. 6). Al margen de si se abre o no una investigación, o si se sanciona, la sola criminalización, ya es una interferencia no justificada del Estado en dicho espacio personal.



Sobre esto, además, indicó que, siguiendo el razonamiento del TEDH sobre el margen de apreciación, no parece ser una doctrina en el ordenamiento legal europeo criminalizar la asistencia al suicidio cometida en el extranjero (párr. 7).

Un punto que le llama la atención es el argumento del TEDH en su análisis de legitimidad, proporcionalidad y necesidad para justificar la intervención estatal en el derecho a la vida privada, en base a los riesgos de abuso que “podrían” derivarse de la legalización de la MMA. En sus palabras:

[H]ay que destacar que el riesgo de abuso de instrumentos legales no constituye en sí mismo un argumento jurídico. Se supone que el Estado, entendido como garante de la protección de los ciudadanos y de sus derechos fundamentales, tal como se establece en diversas Constituciones, debe disponer de las herramientas necesarias para impedir cualquier abuso. Por el contrario, dada la esfera privada e íntima en la que se desarrolla la enfermedad, permeando y absorbiendo la propia existencia del individuo, la ausencia de regulación podría incluso incentivar el abuso (párr. 8).

En otras palabras, el juez Felici destaca que la criminalización genera un contexto de opacidad y clandestinidad que aumentaría los riesgos de abuso con relación a la toma de decisiones al final de la vida. El argumento que pone los reflectores sobre las consecuencias perjudiciales que derivan de cierta política criminal está también presente al analizar la criminalización de otras prácticas médicas de autodeterminación sobre el cuerpo, como el aborto voluntario. La evidencia demuestra que esta obliga a las mujeres a pasar por procedimientos inseguros que ponen en peligro sus vidas, perpetúa estereotipos de género que sugieren que deben ajustarse al rol tradicional de la maternidad y afecta la forma en que el personal médico trata a quienes buscan voluntariamente interrumpir su embarazo (Bonifaz Alfonso & Mora Sierra, 2024).

El argumento del juez Felici sobre el impacto de la regulación de la MMA adquiere más sentido si, siguiendo la jurisprudencia del TEDH, el derecho a la vida no puede ser usado para obstaculizar la despenalización condicional de la MMA. De hecho, justamente exige a los Estados establecer salvaguardas procedimentales para prevenir, limitar y remediar abusos.

#### C) Supuestas distinciones entre el retiro de medidas de soporte vital y la MMA

A lo largo de su jurisprudencia, el TEDH ha reiterado las diferencias en la legalización del retiro de medidas de soporte vital y de la MMA. El Sr. Karsai carecía entonces de medidas de soporte vital y no las iba a requerir, excepto en las etapas finales de su enfermedad. La razón por la cual solicitaba acceder a una MMA era para no ser condenado a llegar a dicho punto que consideraba indigno. Además, solo tener la opción en sus manos le daría tranquilidad para sobrellevar mejor su enfermedad.

Sobre este punto, el juez Felici consideró que, tanto el caso de los pacientes terminales dependientes de medidas de

soporte vital como aquellos que teóricamente no lo son, pero solicitan acceso a una MMA, son sustancialmente iguales. Para ello, cuestiona el concepto de tratamiento de “soporte-vital” y va más allá de lo que comúnmente se entiende por ello. En el caso del Sr. Karsai, aunque no dependía de un ventilador mecánico, sí era dependiente de otras formas de asistencia indispensables para asegurar su supervivencia como la alimentación, el cuidado, la higiene, entre otros. Desde su perspectiva, ambas personas son dependientes de medidas de soporte vital, pero solo uno puede recurrir a la AET para acelerar su muerte, mientras que la otra debe esperar sufriendo hasta una etapa muy avanzada de la enfermedad para ello.

El juez Felici, por ende, afirma que el razonamiento del TEDH, que condiciona el derecho a decidir sobre el fin de la vida a la dependencia de “tratamientos de soporte vital” entendidos como el uso de tecnologías que prolongan artificialmente la vida, constituye una reducción innecesaria de la protección del derecho a la vida privada. Por ello, consideró que el tratamiento diferenciado sí fue discriminatorio y vulneró también el artículo 14.

#### D) Tipos de sufrimientos y afectación a la dignidad

En su sentencia, el TEDH sostuvo que, en su parecer, la sedación paliativa era suficiente para garantizar un final de vida digno. El juez Felici, sin embargo, puso en duda esta afirmación con base en las opiniones de los peritos en el juicio. Estos desvirtuaron la tesis de que los cuidados paliativos pueden aliviar toda forma de sufrimiento, especialmente si es de carácter existencial.

El sufrimiento existencial, que no es físico, consiste, en palabras del Sr. Karsai, en el sentimiento de estar atrapado en el propio cuerpo plenamente consciente por largos períodos de tiempo mientras se espera a morir sin una existencia digna. Si los expertos afirmaron que no hay medicamento que trate este tipo de sufrimiento, resulta cuestionable que el TEDH imponga al paciente una opción de fin de vida que no responde a sus necesidades específicas menos aún, a su voluntad.



De hecho, a diferencia de la MMA que otorga mayor control sobre el final de la vida, la sedación paliativa es usualmente aplicada en los últimos momentos de vida, “cuando la persona está a días u horas de su muerte, padeciendo de dolores o con agitación” (Jaramillo, 2024). En esta etapa, aunque la intención no sea causar la muerte, el suministro continuo de fármacos que buscan evitar el sufrimiento causado por síntomas refractarios, y que disminuyen la conciencia del paciente, acelerarán su muerte. La sedación, empero, solo causa la muerte si la persona está “en las últimas” de su enfermedad. El Sr. Karsai justamente no quería llegar a ese nivel avanzado de la ELA, de ahí que solicitase la MMA para controlar el momento final.

Para cerrar, el juez Felici discrepa del uso que le da el TEDH al concepto de dignidad en la sentencia y se pregunta: “¿Es posible calificar la dignidad como una cualidad inherente al ser humano, independientemente de las circunstancias de su existencia?”. Este punto resulta indispensable por la vinculación del concepto de dignidad con el principio de autonomía o autodeterminación individual. No se trata de realizar un juicio externo sobre la dignidad o no de una vida ajena. Por el contrario, el respeto a la dignidad pasa por no cosificar a las personas y reconocerlos como sujetos moralmente autónomos para decidir sobre sí. En esa línea, como afirma Felici: “cada persona es la mejor juez/a de su propia dignidad” (párr. 10).

### 3.1.8. Análisis de los aportes del TEDH

Los casos que ha resuelto el TEDH vinculados a la MMA son diversos. Por un lado, involucran peticionarios que denuncian la criminalización absoluta de la MMA, en alguna de sus formas, y solicitan acceso a ella porque desean evitar un final de vida indigno (Pretty vs. Reino Unido; Karsai vs. Hungría). Por el otro, también incluye casos de solicitantes que no cumplían los requisitos de elegibilidad en los países donde se ha legislado la MMA y que les fueron negados el acceso a medicamentos letales para poner fin a su vida (Haas vs. Suiza; Koch vs. Alemania; Gross vs. Suiza). Asimismo, se analizan casos donde son los familiares quienes denuncian a Estados por una supuesta violación del derecho a la vida debido al retiro de tratamientos médicos de soporte vital de un paciente (Lambert y otros vs. Francia), o la aprobación de la MMA a pacientes con sufrimientos psíquicos, y a la falta de mecanismos de control ex post (Mortier vs. Bélgica, 2022).

Desde su primer caso en 2002, como afirmó el juez Felici en su voto disidente del caso Karsai vs. Hungría (2024), el TEDH ha reinterpretado los principios declarados en Pretty vs. Reino Unido con reajustes tímidos (párr. 7 del voto disidente). El principal aporte está vinculado a su interpretación sobre los alcances del derecho a la vida.

En el caso Pretty, el TEDH usó ese artículo para negar la existencia de un “derecho a morir”, pero a partir de Haas vs. Suiza, ha sido consistente en afirmar que el derecho a la vida impone obligaciones positivas a los Estados no de prohibir la

MMA, sino de implementar salvaguardias más robustas si el sufrimiento es psíquico, para prevenir abusos si se legisla la MMA. Como dijo en Mortier vs. Bélgica, los Estados no deben usar el derecho a la vida como una barrera para despenalizar la MMA de manera condicionada, sino para asegurarse de que sea una práctica segura.

Aquí resulta interesante el argumento de la “extensión de la vida” de Papadopoulos & Wicks (2025) para fundamentar la despenalización de la MMA vía el derecho a la vida. La lógica que sigue es que, una prohibición total empuja a las personas a adoptar formas indeseables de quitarse la vida antes cuando físicamente pueden. Afirma la autora que el “estatus quo” de falta de una regulación de la MMA genera que existan eutanasias encubiertas, inseguras que ponen la vida de las personas vulnerables bajo riesgo. Si la opción fuera legal, el Estado protegería la “vida extendida” de estas personas porque “vivirían más” si ellas supieran que a futuro, cuando físicamente estuviesen imposibilitados de quitarse la vida por sí solos, pudiesen usar esta garantía. Este argumento, usado en Canadá en 2016 en la sentencia Carter vs. Canadá, sin embargo, aún no ha tenido recepción en el tribunal internacional.

Con relación al derecho a la vida privada, la jurisprudencia evidencia una evolución, aunque de manera sutil, en el lenguaje que usa el TEDH para afirmar que la decisión de cada persona sobre el momento y la forma en la que pone fin a su vida está comprendido por este derecho. Si bien en Pretty, el TEDH dijo que “no podría excluir” que el derecho a decidir cómo morir encontrara cobijo en este artículo, a partir de Mortier, el TEDH es claro en afirmar que este espacio de libertad sí es uno de los aspectos protegidos por el derecho a la vida privada.

Pese a estos avances, hasta el día de hoy, sin embargo, el TEDH no ha considerado que la intervención del Estado a través de la criminalización absoluta de la MMA sea contraria *per se* al CEDH. Mientras que en Pretty sostuvo que esta restricción a la vida privada era válida porque perseguía un fin legítimo como proteger la vida de las personas





vulnerables, en los casos posteriores, el TEDH ha dicho que, dada la falta de consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa, el análisis sobre cómo balancear la autonomía con el derecho a la vida está dentro del margen de apreciación de los Estados. Por tanto, el TEDH aún no da el paso de considerar la prohibición total de la MMA como una vulneración del derecho a la vida privada incompatible con el CEDH que haga exigible su despenalización y/o legalización.

Finalmente, el TEDH ha mantenido a lo largo de su jurisprudencia la diferencia entre el retiro de tratamientos de soporte vital y la MMA. Ello reafirma que la decisión de una persona que decide libre y voluntariamente rechazar, suspender o no continuar un tratamiento médico está protegido por el CEDH, por más que este prolongue su vida o acelere su muerte. Esto, afirma el TEDH, no es una eutanasia. De hecho, en una de sus más recientes sentencias *Pindo Mulla vs. España* (2024), ratificó que esa decisión está protegida por el derecho a la autonomía personal y a la vida privada (artículo 8) con base en la garantía del consentimiento informado en el ámbito médico. En dicho caso, el TEDH sostuvo que el acto de médicos de someter a una cirugía a una testigo de Jehová que dejó sentada su negativa de recibir transfusiones de sangre por motivos religiosos en una directiva anticipada vulneró este derecho.

Si bien esta posición contribuye a evitar que la criminalización de la MMA abarque injustificadamente casos de AET, como ha pasado en Perú (Gómez, 2024), consideramos que nos encontramos frente a expresiones de un mismo derecho a decidir de manera libre e informada sobre el propio fin de vida. Por ende, no se sostiene esta diferencia valorativa para prohibir una de estas opciones y a la vez, permitir la otra. En otras palabras, así como lo ha hecho la Corte Constitucional de Colombia, tanto el derecho a rechazar un tratamiento médico de soporte vital, como pasa en la AET, como el acceso a una MMA, representan el legítimo ejercicio de un derecho fundamental a morir con dignidad. Desde un encuadre de derechos humanos, ambos están comprendidos por el derecho a la vida privada, dignidad e integridad personal.

### 3.2. Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Como se ha señalado previamente, si bien la Corte IDH no ha resuelto un caso sobre autonomía al final de la vida, ha desarrollado a lo largo de su jurisprudencia diversos estándares de derechos humanos que no solo permiten advertir que la CADH no prohíbe la legalización de la MMA, sino que su regulación es necesaria para respetar y garantizar los derechos protegidos por la Convención.

Por ello, en este apartado se analizará la compatibilidad de la CADH con la legalización de la MMA. Primero se examinará la jurisprudencia de la Corte IDH en relación con el derecho a la vida, para demostrar que su interpretación no impide legalizar la MMA. Por el contrario, la dimensión positiva de este derecho, entendida como el derecho a una vida digna, exigiría que los

Estados la autoricen como una opción dentro de otras al final de la vida.

Posterior a ello, se abordarán conjuntamente los estándares desarrollados por el Tribunal en relación con el derecho a la vida privada y la libertad personal, evidenciando que la MMA es compatible con ambos. Asimismo, se expondrán los estándares interamericanos sobre integridad personal que refuerzan esta argumentación, especialmente relacionados a la prohibición de generar tratos crueles e inhumanos o degradantes.

Para finalizar, se hará una breve mención a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [CPDHPM], instrumento internacional que, si bien no plantea de manera expresa legalizar la MMA, sí brinda alcances que permiten fundamentar por qué ello es necesario.

#### 3.2.1. Derecho a la vida (artículo 4 de la CADH)

El derecho a la vida es uno de los pilares del SIDH. Su reconocimiento en el artículo 4 de la CADH ha sido objeto de un desarrollo jurisprudencial extenso por parte de la Corte IDH, que ha delimitado su contenido y alcances en distintos contextos. El tribunal ha establecido que la protección del derecho a la vida no es absoluta ni incondicionada, sino que debe interpretarse de manera armónica con otros derechos y principios fundamentales, como la dignidad, la autonomía y la prohibición de restricciones desproporcionadas a los derechos individuales (Corte IDH, Caso *Artavia Murillo y otros "Fertilización in vitro" vs. Costa Rica*, 2012, párr. 259).

En este marco, la legalización de la MMA puede generar dudas sobre su compatibilidad con la dimensión negativa del derecho a la vida, que prohíbe la privación de la vida, aunque de manera arbitraria. La jurisprudencia de la Corte IDH distingue entre privaciones arbitrarias e ilícitas de la vida y aquellas en las que la intervención estatal o de terceros no implica una vulneración de este derecho. Esta distinción permite advertir que no toda muerte transgrede el derecho a la vida.

Si bien la Corte IDH no ha definido expresamente el concepto de arbitrariedad en





el contexto del artículo 4 de la CADH, sí ha destacado ejemplos de cuándo una privación de la vida es arbitraria. Por ejemplo, las ejecuciones extrajudiciales (Caso Favela Nova Brasília vs. Brasil, 2017, párr. 177), el uso desproporcionado de la fuerza (Caso Roche Azafía y otros vs. Nicaragua, 2020, párr. 71) y las desapariciones forzadas (Caso Pérez Lucas y otros vs. Guatemala, 2024, párr. 72).

A diferencia de estos últimos casos, en los que la privación de la vida resulta de una intervención estatal o de terceros sin autorización, la MMA responde siempre a la decisión libre y autónoma de su titular. No puede ser considerada una privación arbitraria de la vida, pues quien dispone de ella es su propio titular. Este argumento es aún más sólido si quien solicita acceso a una MMA es quien tiene una enfermedad terminal, o grave e incurable que enfrentará irremediablemente un final de vida indigno y que, por ese motivo, desea acelerar su proceso de muerte.

Como se ha señalado antes, la Corte IDH ha sostenido que el derecho a la vida no solo impone al Estado la obligación de no privar arbitrariamente a una persona de su vida, sino que también le exige adoptar medidas positivas para proteger y preservar la vida en condiciones de dignidad (Corte IDH, Caso Habitantes de La Oroya vs. Perú, 2023, párr. 221). En este sentido, el derecho a la vida no se reduce a la mera existencia biológica, sino que conlleva el deber estatal de garantizar condiciones de vida compatibles con la dignidad humana.

Sobre esta dimensión del derecho a la vida, en el caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay, la Corte IDH estableció que los Estados, en su posición de garantes, deben asegurar “las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana y a no producir condiciones que la dificulten o impidan” (Corte IDH, 2005, párr. 162). Esta obligación implica garantizar el acceso a la salud, el bienestar y los servicios sociales necesarios para una existencia digna. Si bien esta garantía suele asociarse con los derechos económicos, sociales y culturales, también es aplicable en el contexto de la MMA, pues la criminalización de esta práctica impone a ciertas personas a prolongar su vida en condiciones incompatibles con su concepto de dignidad, sometiéndolas a sufrimientos físicos y/o psicológicos extremos. Además, la muerte no deja de ser una etapa de la vida cuyo proceso también merece ser vivido bajo nuestra noción de dignidad.

Por ende, legalizar la MMA significa permitir que las personas con enfermedades terminales o una condición médica grave, incurable e irreversible, bajo una regulación garantista, puedan decidir vivir el final en condiciones dignas. De este modo, la legalización de la MMA no sólo no vulnera la dimensión negativa del derecho a la vida, sino que garantiza que las personas puedan vivir, y morir, de acuerdo con su noción de dignidad, libre de sufrimientos innecesarios.

### **3.2.2. Derecho a la vida privada (artículo. 11.2 de la CADH) y a la libertad personal (artículo. 7.1. de la CADH)**

La Corte IDH ha desarrollado una doctrina sólida sobre la vida privada, libertad personal y el libre desarrollo de la personalidad, que permite fundamentar la compatibilidad de la legalización de la MMA con la CADH.

El derecho a la vida privada (art. 11.2 de la CADH) protege la esfera íntima de cada persona frente a injerencias arbitrarias o abusivas del Estado o terceros. La Corte IDH ha señalado que este derecho no se limita a la privacidad en sentido estricto, sino que abarca múltiples dimensiones de la vida humana, incluyendo la identidad personal, la autodeterminación y la forma en la que cada individuo decide proyectarse ante la sociedad (Corte IDH, Caso Miembros de la Corporación Colectivo de Abogados “José Alvear Restrepo” vs. Colombia, 2023, párr. 568).

Por tanto, la capacidad de decidir sobre la propia vida, incluyendo su finalización en circunstancias de sufrimiento insoportable ante una condición médica degenerativa e irreversible, se encuentra dentro de este ámbito de protección, pues forma parte de la autonomía individual y del derecho a definir la propia existencia sin imposiciones externas.

Por su parte, el derecho a la libertad personal, reconocido en el artículo 7 de la CADH, salvaguarda la autonomía de los individuos para tomar decisiones sobre su propia vida sin interferencias injustificadas (Corte IDH, Caso Viteri Ungaretti y otros vs. Ecuador, 2023, párr. 118). La Corte IDH ha sostenido que este derecho implica la capacidad de cada persona para determinar su propio destino, incluyendo decisiones fundamentales sobre su identidad, aspiraciones y relaciones con los demás (Caso Miembros de la Corporación Colectivo de Abogados “José Alvear Restrepo” vs. Colombia, 2023, párr. 568). Esta interpretación refuerza la idea de que la elección sobre el propio fin de vida es una manifestación de la autonomía individual.

De la intersección entre la vida privada y la libertad personal emerge el principio del libre desarrollo de la personalidad, el cual



garantiza que cada individuo pueda definir su propio plan de vida de acuerdo con sus valores, creencias y convicciones. En el Caso Olivera Fuentes vs. Perú, la Corte IDH estableció que el derecho a la vida privada engloba la autonomía personal y el derecho a definir la propia identidad, lo que implica que toda persona debe poder tomar decisiones sobre aspectos esenciales de su vida (2023, párr. 94). Negar el derecho a decidir sobre la propia muerte en circunstancias de sufrimiento extremo podría, en este sentido, constituir una forma de imposición estatal que vulnera el principio de autodeterminación.

En este marco, la autonomía permite a los individuos escoger libremente las circunstancias que le dan sentido a su existencia hasta el final. En el Caso Miembros de la Corporación Colectivo de Abogados “José Alvear Restrepo” vs. Colombia, la Corte reafirmó que el principio de autonomía personal impide cualquier actuación estatal que imponga un modelo de vida ajeno a la voluntad de la persona (Corte IDH, 2023, párr. 569). Este reconocimiento implica que cada individuo tiene el derecho de tomar decisiones fundamentales sobre su propio cuerpo y su destino, incluyendo aquellas relacionadas con la prolongación o el cese de su vida.

Desde esta perspectiva, la protección del derecho a la vida privada, la libertad personal y el libre desarrollo de la personalidad implica el reconocimiento de la autonomía de cada persona para decidir sobre cuestiones esenciales de su existencia. Estos principios, fundamentales en el SIDH, son la base para analizar la compatibilidad de la legalización de la MMA con la CADH, pues su criminalización podría ser una injerencia indebida en la autodeterminación de las personas.

Resulta pertinente señalar que, en casos recientes, como Pérez Lucas y otros vs. Guatemala (2024) y Dos Santos Nascimento y Ferreira Gomes vs. Brasil (2024), jueces de la Corte IDH han manifestado en sus votos la necesidad de reconocer el proyecto de vida como un derecho autónomo, destacando su conexión con el derecho a la autodeterminación (Mudrovitsch, Ferrer Mac-Gregor & Pérez Manrique, 2024). Esta figura que, en su momento, fue utilizada por el Tribunal para referirse al nivel de daño, y ahora, como derecho tendiente a ser reconocido como autónomo, jugaría un papel fundamental para sustentar la legalización de la MMA.

La jurisprudencia de la Corte IDH ha asociado el concepto de “proyecto de vida” con el de realización personal, el cual consiste en las opciones que las personas pueden tener para lograr el destino que se proponen, donde su cancelación o menoscabo, afectaría directamente la libertad de la persona y el valor que cada uno le brinda a su vida (Corte IDH, Caso Loayza Tamayo vs. Perú, 1998, párrs 147-148). Por ello, el Tribunal Interamericano en su reciente jurisprudencia (Caso Dos Santos Nascimento y Ferreira Gomes vs. Brasil, 2024, párr. 143) lo ha vinculado con los derechos a la vida digna y libertad

desde su dimensión de autodeterminación sobre las diversas esferas de la vida. Ante ello, este derecho se encontraría íntimamente interrelacionado con la MMA, ya que su legalización se sustenta en ambos pilares.

Asimismo, la Corte IDH ha señalado que esta realización personal “permite a la persona fijarse, de manera razonable, determinadas perspectivas u opciones a futuro, e intentar acceder a estas, configurando así factores que, según corresponda, dan sentido a la propia existencia, a la vida misma de cada ser humano” (Caso Pérez Lucas y otros vs. Guatemala, 2024, párr. 181). Desde esta perspectiva, negar el acceso a la MMA podría vulnerar el proyecto de vida como derecho autónomo, al impedir que las personas decidan libremente sobre su propio destino, especialmente en contextos de sufrimiento irreversible en el final.

### **3.2.3. Derecho a la integridad personal (artículo 5.2 de la CADH)**

El artículo 5 de la CADH establece que toda persona tiene derecho al respeto de su integridad física, psíquica y moral, y prohíbe los tratos crueles e inhumanos, independientemente de su finalidad o el contexto en el que se produzcan.

Desde una perspectiva convencional, la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes ha sido interpretada como una garantía de protección contra cualquier acto que imponga un sufrimiento grave y desproporcionado a una persona, especialmente cuando se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Si bien tradicionalmente esta prohibición se ha desarrollado en contextos de privación de la libertad o represión estatal, la comunidad internacional, incluida la Corte IDH, ha reconocido que también es aplicable en el ámbito de los servicios de salud, cuando la intervención o la omisión del Estado resulta en la imposición de padecimientos físicos y psíquicos intolerables (Corte IDH, Caso I.V. vs. Bolivia, 2016, párr. 195).

En este sentido, la negación del acceso a la MMA en casos de enfermedades terminales, o graves e incurables que traen padecimientos insoportables podría constituir un trato cruel e inhumano. Ello, pues impone



a la persona enferma una prolongación innecesaria del sufrimiento que no puede aliviarse de otra forma. Este criterio ha sido reconocido por la Corte Constitucional de Colombia, tribunal citado por la Corte IDH en su vasta jurisprudencia, en su Sentencia C-239 de 1997. En esta determinó que forzar a una persona a seguir viviendo en condiciones de sufrimiento extremo, sin posibilidad de alivio y en contra de su voluntad, es un trato cruel e inhumano que atenta contra la dignidad y autonomía del individuo.

Asimismo, el Tribunal Interamericano ha establecido que la dimensión de un sufrimiento debe analizarse considerando las circunstancias particulares de cada persona, ya que la percepción del dolor y la angustia es una experiencia personal (Caso I.V. vs. Bolivia, 2016, párr. 267). De ahí que la subjetividad del sufrimiento deba ser el eje para determinar la elegibilidad de un solicitante a la MMA, pues lo que puede parecer tolerable para unos, para otros puede ser un sufrimiento insoportable y degradante, contrario a su concepto de dignidad humana.

En este sentido, la prohibición absoluta de la MMA puede traducirse en una forma de trato cruel e inhumano, al obligar a quienes padecen enfermedades terminales, o graves e incurables a soportar de manera indefinida un sufrimiento extremo sin alternativa legal para acortar el fin. Esta restricción no se basa en una protección real de la dignidad humana; por el contrario, impone un deterioro progresivo de la integridad física y psicológica de las personas en su fase final de vida. Por ende, la legalización de la MMA se presenta como un mecanismo necesario para garantizar el derecho a la integridad personal que prohíbe al Estado someter a las personas a tratos crueles e inhumanos. La absoluta criminalización de la MMA, lejos de proteger la dignidad, puede perpetuar el sufrimiento de quienes ya se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad.

### **3.2.4. Consideraciones sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores**

Para concluir con el abordaje de la MMA en el marco del SIDH, resulta pertinente hacer mención de la CPDHPM<sup>(12)</sup>, un tratado reciente de gran relevancia para la protección de los derechos de las personas en la última etapa de su vida. Esta convención establece obligaciones concretas para los Estados Parte en relación con la promoción de la autonomía, la dignidad y el derecho a la salud de las personas mayores, incluyendo aspectos fundamentales sobre la toma de decisiones informadas respecto a su tratamiento médico y el fin de la vida.

El artículo 6 de la Convención reconoce el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad hasta el fin de sus días y obliga a los Estados a adoptar medidas que garanticen el acceso a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos,

con el objetivo de evitar el sufrimiento innecesario. Asimismo, el artículo 11 reconoce expresamente el derecho irrenunciable de la persona mayor a expresar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, lo que implica la facultad de aceptar, rechazar o interrumpir tratamientos médicos o quirúrgicos, incluyendo aquellos relacionados con su fase terminal. Incluso, prevé la obligación de los Estados de garantizar a las personas mayores el derecho de expresar de manera anticipada sus voluntades con relación a los tipos de intervenciones médicas que desean recibir.

Tomando en cuenta estas disposiciones, es posible afirmar que la Convención se inclina hacia garantizar un final de vida digno a las personas mayores y a fortalecer su derecho a la autonomía e independencia sobre decisiones de la propia vida, incluido en el ámbito médico. En esa línea, refuerza la línea argumentativa de que una prohibición absoluta de la MMA podría ir en contra de esta libre autodeterminación y constituir una vulneración de los derechos de las personas mayores. Si bien los cuidados paliativos pueden aliviar en cierta medida el sufrimiento asociado a enfermedades terminales o graves e incurables, en ciertos casos no logran eliminar completamente el sufrimiento ni evitar un deterioro prolongado y angustiante. La falta de opciones legales para acceder a la MMA, entre otras opciones al final de la vida, priva a las personas mayores de su derecho a decidir sobre las circunstancias en las que desean partir.

## **4. Sistema Universal de Derechos Humanos**

Ninguno de los tratados de derechos humanos del sistema de Naciones Unidas incluye una referencia expresa a las decisiones al final de la vida. Esta ausencia no ha impedido que los mecanismos de supervisión de derechos humanos se pronuncien sobre la MMA de manera indirecta o directa. Por ejemplo, a

(12) El tratado entró en vigor el 11 de enero de 2017 y a la actualidad, ha sido ratificado por trece Estados de la región: Argentina, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú, San Cristóbal y Nieves, Surinam y Uruguay.



través de referencias a principios o derechos humanos que fundamentan su viabilidad, como el principio de autonomía o el consentimiento informado de toda práctica médica. O, con pronunciamientos sobre la compatibilidad de la MMA, tomando en cuenta los derechos recogidos en los tratados que vinculan a los Estados que la han legalizado, y las consideraciones que deben tener aquellos que se proponen incluirla.

#### 4.1. Mecanismos de supervisión convencionales y extra convencionales

Los órganos de tratados o Comités de Naciones Unidas están integrados por expertos independientes que supervisan el cumplimiento de alguno de los diez tratados más importantes de derechos humanos. El Comité de Derechos Humanos [CDH], por ejemplo, elabora Observaciones Generales que dotan de contenido los artículos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 [PIDCP], ratificado por 173 Estados Parte. Son intérpretes autorizados, por lo que se considera que tales comentarios son, por extensión, tan vinculantes como los mismos tratados que vinculan a los Estados Parte (Nolan, 2019).

Los Relatores Especiales de Naciones Unidas, por su parte, son expertos independientes, pero forman parte del sistema extra-convencional, que deriva de la Carta de Naciones Unidas. Son parte de los Procedimientos Especiales creados por el Consejo de Derechos Humanos. Su función es monitorear un tema específico, lo que constituye un mandato temático, o supervisar la situación de derechos humanos en un país, lo que se conoce como un mandato país. Sus recomendaciones, empero, no son vinculantes, pues su mandato va más allá de la existencia de un tratado (Nolan, 2019, p. 12). Su valor radica en que son *softlaw* y orientan los estándares de derechos humanos en una materia concreta.

Tomando en cuenta estas distinciones en la fuerza autoritativa de los pronunciamientos a analizar, veamos lo que han dicho los expertos independientes del SUDH. La vinculatoriedad de las decisiones de los órganos de tratado depende de si un Estado es o no Parte del tratado y el alcance de sus compromisos, incluidas las reservas que puedan haber realizado.

#### 4.2. Los Comités de Naciones Unidas

En materia de MMA, el Comité que más ha avanzado en este tema es el CDH. No ha reconocido la MMA como expresión de un derecho a morir con dignidad, pero sí se ha pronunciado sobre la compatibilidad de la práctica con el PIDCP. Así lo estableció en su Observación General [OG] número 36 que desarrolla el artículo 6 sobre el derecho a la vida. Esta consolida

observaciones finales que había realizado en el marco de informes periódicos de Estados que ya habían legalizado la práctica como Países Bajos (CDH, 2009).

Antes de profundizar en la OG 36, cabe mencionar que, en 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Comité DESC], se pronunció tangencialmente sobre la muerte en condiciones dignas en su OG número 14 sobre el artículo 12, derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Al vincular la vejez con el final de la vida, el Comité DESC señala que los Estados Parte del PIDESC deben adoptar un enfoque integral de la salud que incluya la prestación de “atenciones y cuidado a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad” (párr. 25).

Ciertamente, el Comité DESC no dice a qué se refiere con “morir dignamente”. No se pronuncia sobre ninguna opción al final de la vida. Sin embargo, parecería ser, por la fecha, que el sentido atribuido a esta frase es, más bien, que los Estados garanticen a esta población prestaciones médicas que eviten, en la medida de lo posible, que padezcan sufrimientos evitables al final de la vida. Es decir, el Comité estaría refiriéndose al acceso a cuidados paliativos, o a la AET, que consiste en evitar intervenciones médicas desproporcionadas o fútiles que solo prolongan la vida, sin mejorar la calidad de esta.

La OG 36 del CDH, por su parte, se sitúa casi dos décadas después. A lo largo del párrafo 9, el CDH desarrolla supuestos que aparentan ser similares dada la libre disponibilidad de la vida por parte del titular: el suicidio y la MMA. Sin embargo, su abordaje es diferente en cada caso. Esto es importante destacarlo, pues se trata, como lo señalamos línea arriba, efectivamente, de dos fenómenos diferentes que deben ser abordados por el Estado de manera diferente<sup>(13)</sup>.

Con respecto al suicidio, el CDH destaca que, por muy importante que sea la autonomía

(13) Para más véase, “Statement Of The American Association Of Suicidology: “Suicide” Is Not The Same As “Physician Aid In Dying”, de Colleen Creighton, Julie Cerel y Margaret P. Battin (2017), en <https://ohiooptions.org/wp-content/uploads/2016/02/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf>





personal para respetar la dignidad humana, los Estados deben adoptar medidas para evitarlo, con especial énfasis en las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Inmediatamente después, el Comité se pronuncia sobre los supuestos de MMA. En esa línea, lo hace con relación a los Estados Parte que “permiten que profesionales médicos brinden tratamiento o medios para facilitar la terminación de la vida de adultos que sufran, como los enfermos terminales, aquejados de graves dolores y sufrimiento físico o mental y que deseen morir con dignidad” (párr. 9).

Si bien el CDN no profundiza en las diferencias que hay entre un acto suicida y la MMA, sí los trata de manera diferente. Esto se ve desde que apunta hacia una obligación no de prevenir estos casos, sino de asegurar que existan garantías sólidas en la legislación y en la práctica, evitar que la voluntad de quien accede a la MMA no sea real. Por ello, indica que: “se debe velar por que existan salvaguardias legales e institucionales sólidas para verificar que los profesionales médicos se atengan a la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes, a fin de protegerlos de presiones y abusos” (párr. 9).

Se puede decir, entonces, que el CDH no considera que permitir la MMA sea incompatible con el PIDCP, sino que, al igual que el TEDH, su implementación exige a los Estados diseñar y aplicar salvaguardas legales e institucionales robustas. Esto ya lo había dicho antes en sus observaciones finales al examinar Estados como Suiza (2009) o Países Bajos (2019), donde el Comité destacó la importancia de estas medidas para garantizar que la asistencia médica se brinde con pleno consentimiento informado del paciente (Kayacan, 2022, p. 211).

Si bien la OG 36 del CDH permite descartar que el PIDCP pueda usarse como un impedimento para despenalizar o legislar la MMA en un Estado Parte, no deja de ser una posición tímida, que demuestra desconfianza hacia su regularización y preocupación hacia la posibilidad de abusos del derecho a la muerte en general (Serrano Guzmán & Cabrera, 2024, p. 4).

#### **4.2.1. Relatorías Especiales: personas con discapacidad y/o de edad**

A nivel de las Relatorías Especiales de Naciones Unidas existen dos mandatos temáticos que son pertinentes para discutir la compatibilidad de la legalización de la MMA con el DIDH: la Relatoría Especial de las Personas con Discapacidad [PCD], y la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad.

Una de las principales observaciones hacia la posibilidad de legalizar la MMA en los Estados tiene que ver con los potenciales riesgos de abusos que podría generarse en perjuicio de grupos en situación de vulnerabilidad, especialmente, en las PCD y las personas de edad. Muchas de las barreras

que enfrenta el primer colectivo también las enfrenta el segundo. Estos potenciales riesgos han sido materia de pronunciamiento de la Relatora Especial para los Derechos de las PCD en su informe temático 10 (2019) sobre capacitismo en prácticas médicas y científicas (A/HRC/43/41).

La Relatora Especial de las PCD, Catalina Devandas Aguilar, había ya realizado una visita a Canadá en abril de 2019, sobre la cual emitió un informe de país en el que dijo mostrarse “extremadamente preocupada sobre la implementación de la legislación de la muerte médicamente asistida desde una perspectiva de discapacidad” (párr. 69). Sus preocupaciones estaban vinculadas a una supuesta falta de protocolo que demostrara que quienes cumplieran los requisitos para acceder a una MMA hubiesen recibido alternativas viables. El modelo en Canadá cabe precisar, solo permite acceder legalmente a una MMA a quien ha dado su consentimiento informado tras haber sido informado de los medios disponibles para aliviar su sufrimiento, incluidos los cuidados paliativos (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD], 2024, párr. 49). En 2023, el 75% de quienes accedieron a MAID recibieron cuidados paliativos y el resto que no, tenía típicamente acceso a ellos (Health Canada, 2024).

Ahora, en lo que respecta al informe temático, la Relatora no asume una posición en contra de la MMA, pero sí recoge las preocupaciones de las organizaciones de la sociedad civil que representan parte de los intereses del colectivo. De hecho, reconoce que es una “cuestión controvertida en la comunidad de la discapacidad”. En resumen, son tres las principales preocupaciones que extrae de la liberalización de la MMA.

Primero, la experta señala el riesgo de que las personas que desarrollen una discapacidad, independientemente de si tienen o no una enfermedad terminal, opten por acceder a la MMA antes de si quiera intentar adaptarse a vivir con la deficiencia que padecen. Explica que esto podría ser el resultado de prejuicios, temores y expectativas capacitistas que hagan creer a las personas que es mejor morir que vivir





con una discapacidad (2019, párr. 37). Segundo, la Relatora alerta que las PCD podrían decidir acceder a la MMA “a causa de factores sociales, como la soledad, el aislamiento social y la falta de acceso a servicios de apoyo de calidad” (párr. 37). Tercero, precisa que las PCD, particularmente las personas mayores, podrían ser vulnerables a presiones explícitas o implícitas de su entorno para que accedan a la MMA, “lo que incluye las expectativas de algunos familiares, las presiones financieras, los mensajes culturales e incluso la coacción” (párr. 37).

La preocupación de la Relatora se centra en lo que podría generar la normalización de las intervenciones médicas que buscan poner fin a la vida, fuera de los casos de enfermedad terminal. Afirma que ello podría hacer que las PCD y personas de edad sientan “más la necesidad de poner fin a su vida” frente a la de preservarla. En esa línea, cita los casos de Bélgica y Países Bajos, donde se ha registrado un aumento en la demanda de la MMA, especialmente de quienes no tienen una enfermedad terminal. Sobre esto, viene bien recordar que la evidencia demuestra que aún la vasta mayoría de solicitudes de acceso a la MMA en estos países <sup>(14)(15)</sup>, así como en Canadá<sup>(16)</sup> o Colombia<sup>(17)</sup>, sigue siendo de personas que enfrentan una muerte próxima o previsible.

Si bien las preocupaciones de la Relatora Especial de las PCD son legítimas y los temores que enfrentan ciertos grupos de PCD son sinceros, es importante aclarar unos puntos. Lo primero es que, las PCD no son un grupo homogéneo, por lo que no hay una posición unánime de estas, aunque hay encuestas que evidencian una mayoría a favor (Colburn,

2022). Si bien hay quienes se oponen a la legalización de la MMA, otros consideran que negar la opción socava la autonomía e independencia de las PCD para decidir sobre el final de sus vidas (Shakespeare, 2013).

Segundo, la legalización de la MMA debe verse como una opción más al final de vida que no pretende reemplazar el resto de las alternativas, como son los cuidados paliativos u otros servicios de apoyo. No son, y no deben ser, mutuamente excluyentes. Los Estados deben garantizar el acceso a todas ellas y la piedra angular siempre debe ser la voluntad. Ello, pues es una decisión estrictamente personal para quien lo necesite. Por ende, depende de las creencias religiosas, morales, así como el umbral de tolerancia al dolor de cada individuo.

Lo tercero es que las salvaguardias procedimentales existen justo para que la decisión de un solicitante sea razonada, y no el resultado de un impulso, presiones externas o una crisis del momento. Para ello, existen garantías como el consentimiento informado, los períodos de espera, las segundas opiniones médicas o comités de evaluación, los testigos independientes, los servicios de apoyo o cuidados paliativos, incluso, evaluaciones psicológicas o psiquiátricas al

(14) En Bélgica, al 2025, en la vasta mayoría de casos (76.6%), se determinó que la muerte del paciente era previsible a corto tiempo; mientras que el resto eran pacientes que no enfrentaban una muerte a corto tiempo pues sufrían de enfermedades pluripatológicas. Para más información, véase “EUTHANASIA – Publication of the 2024 figures for euthanasia in Belgium”, de *The Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia* (2024) en <https://consultativebodies.health.belgium.be/en/documents/euthanasia-publication-2024-figures-euthanasia-belgium>

(15) En Países Bajos, la vasta mayoría, un 86%, de quienes acceden a una MMA tenía una enfermedad avanzada, principalmente cáncer, y debía presentar sufrimiento intolerable sin perspectiva de mejora y ausencia de una alternativa razonable. Para un correcto entendimiento, véase “*The regional euthanasia review committees publish an annual report in which they account for their work, both to government and to society*” de *Regional Euthanasia Review Committees* (2024) en <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/annual-reports>

(16) A 2023, según el reporte anual sobre MMA de 2024 en Canadá, la vasta mayoría de personas que acceden a una MMA es de quienes van a enfrentar naturalmente una “muerte previsible” (Track 1) con un 95.9% del total; mientras que solo el 4.1% responde a casos donde no existe ese requisito (Track 2), pero deben seguir cumpliéndose el resto. En todos los casos, debes tener más de 18, ser mentalmente competente, tener una enfermedad, dolencia o discapacidad grave e incurable, en la que se experimente un sufrimiento intolerable que no pueda ser aliviado, y cuya situación médica se caracterice por un deterioro avanzado e irreversible de sus capacidades; realizar una solicitud voluntaria; y brindar consentimiento informado; ser elegible para recibir servicios de salud públicos. Al respecto, véase “*Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2023*” de *Health Canada* (2024), en <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023/annual-report-medical-assistance-dying-2023.pdf>

(17) En Colombia, el 76% de los procedimientos de eutanasia han sido practicados a personas con un diagnóstico principal de cáncer (metastásico); mientras que solo el 24% corresponde a enfermedades no vinculadas con el cáncer. Cabe precisar que el primer caso de una persona con enfermedad no terminal que accedió legalmente a la eutanasia fue en 2022, luego de que la Corte Constitucional eliminara el requisito de enfermedad terminal en 2021. Sobre ello, véase “Eutanasia en Colombia: cifras y barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia” de Lucas Correa (2024), en <https://www.desclab.com/post/eutansiacyfigras>



solicitante, en caso existan indicios de que la capacidad para tomar decisiones se encuentra afectada, entre otras (Mroz et al., 2020). Son este tipo de salvaguardias robustas los que los Estados deben debatir, en virtud de sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, antes que quedarse entrapados en si pueden o no despenalizar la MMA.

Cuarto, el argumento de que las PCD podrían solicitar la MMA por expectativas de familiares o decidir en base a prejuicios sobre la discapacidad tendría que aplicarse igualmente a otras opciones al final de vida que aceleran la muerte, como la sedación paliativa o el retiro de medidas de soporte vital. Esto, no sólo es contrario a la buena práctica médica (Asociación Médica Mundial, s.f.), sino a estándares convencionales sobre autonomía al final de la vida de personas de edad o PCD. Implicaría imponer tratamientos forzosos a tales grupos bajo la sospecha de que su decisión no es real solo por tener una discapacidad o edad avanzada. Esta perspectiva, paradójicamente, resulta capacitista y/o edadista, pues supone negarle a este grupo la capacidad de decidir sobre sí mismo en un aspecto vital de su vida: el final.

Todo ello nos lleva al reciente informe A/HRC/57/42 de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad sobre capacidad jurídica y consentimiento informado emitido en 2024. Aunque no se pronuncia sobre la MMA, sí destaca la importancia de proteger la autonomía personal de las personas de edad en la toma de decisiones médicas vinculadas a su salud, lo que alcanza también el derecho a rechazar tratamientos médicos (párr. 10), entendiéndose, incluso de soporte vital.

Por eso, la Experta Independiente adopta una posición crítica hacia el edadismo y otros discursos negativos, así como el paternalismo médico, que insisten en “proteger a las personas mayores de sí mismas y de los demás, restringiendo su capacidad jurídica, lo que da origen a la creencia de que los tribunales, los proveedores de servicios médicos, las familias y otras personas con autoridad pueden tomar mejores decisiones en nombre de las personas de edad que ellas mismas” (párr. 30). Tanto la Experta Independiente, como la Relatora Especial para los derechos de las PCD, han asumido una posición a favor de proteger la autonomía personal de ambos grupos que, históricamente, han visto sustituidas sus voluntades en decisiones vinculadas a la propia vida y al cuerpo, como lo demuestran siglos de paternalismo médico.

Pese a esta posición en favor de la autonomía de las PCD, en 2021, en un pronunciamiento conjunto, los referidos expertos independientes y el Relator Especial sobre extrema pobreza, mostraron preocupación hacia lo que llamaron una “tendencia creciente” de ciertos países a permitir el acceso a la MMA “basada únicamente en la mera condición de discapacidad”.

No obstante, los Relatores no indicaron a qué países se referían. En ninguna de las legislaciones que contemplan

la MMA el acceso a esta práctica se basa solo en la discapacidad; y en muchas de ellas, se consigna una prohibición expresa de que la discapacidad por sí sola no basta para ser elegible. Los requisitos, al menos, requieren que exista una solicitud voluntaria del peticionante, cuidadosamente considerada y sostenida en el tiempo; que tenga una condición grave e incurable causada por una enfermedad o accidente; que experimente sufrimientos físicos o psicológicos insoportables; y que el médico informe de las opciones médicas y ambos concluyan que no hay posibilidad razonable de mejoría (Mroz et al., 2020, p. 3547).

A pesar de ello, los expertos independientes han insistido en alertar de un posible riesgo de institucionalizar y legalizar el capacitismo y vulnerar el derecho a gozar de la vida de las PCD en igualdad de condiciones que los demás. Han precisado, sin embargo, que ese riesgo de reforzar ideas capacitistas sobre la calidad o el valor de la vida de las personas con discapacidad ocurre cuando se normalizan intervenciones médicas que aceleran la muerte de personas que no tienen una enfermedad terminal o que no están sufriendo al final de la vida.

Estos últimos supuestos, reiteramos, no reflejan la abrumadora mayoría de casos de personas que solicitan acceder a la MMA. De ahí que sea fundamental que estos posicionamientos estén basados en evidencia empírica. Como comúnmente pasa, las legislaciones domésticas tienen incluidas salvaguardas robustas para garantizar que la MMA sea realmente una opción genuina al final de la vida frente a una muerte previsible, y a sufrimientos intolerables que no pueden revertirse de otra manera. Al final, la discusión en torno a la MMA no es sobre la vida o la muerte, sino sobre los términos en los que una persona desea transitar inevitablemente hacia la muerte.

## 5. Conclusiones

Existe una tendencia internacional de Estados, particularmente de occidente, a reevaluar sus políticas de criminalización absoluta de la MMA. Es lo que llamamos un



“momentum”, esto es, un cambio en la valoración de lo que es el morir con dignidad, el alcance de nuestras decisiones sobre ese final y los límites de la intervención estatal. No es aleatorio. Es el resultado de transformaciones que se dan en distintos niveles de la sociedad, como el avance de las tecnologías para prolongar la vida, el aumento del envejecimiento, los procesos de secularización, la importancia de la autonomía en las relaciones médico-paciente, entre otros.

Dicho fenómeno sociocultural ha llevado a un importante número de Estados en los últimos años, vía sus Congresos o Altas Cortes, a despenalizar la MMA y a considerarla expresión de derechos humanos como la dignidad, autonomía, vida privada o integridad personal. Incluso, algunos lo han considerado como un derecho humano emergente a morir con dignidad. Desde el DIDH, la legalización de la MMA es un tema cada vez más recurrente. Los pronunciamientos de actores internacionales como el Tribunal de Estrasburgo confirman que una segura implementación de la MMA sí es compatible con el DIDH. Si bien de ello no se desprende aún que su legalización sea exigible a Estados Parte de tratados como la CADH o el CEDH, sí es posible argumentarlo, en virtud de derechos humanos conexos, cuya protección y garantía sí lo son. Además, aunque tímida, existe una mayor apertura en la comunidad internacional a considerar la prohibición penal absoluta de la MMA como una vulneración de derechos humanos.

A través de este artículo, hemos demostrado que la obligación internacional de los Estados de proteger el derecho a la vida no prohíbe *per se* la legalización de la MMA. Lo que exige son salvaguardias legales e institucionales que permitan proteger la vida de las personas en situación de vulnerabilidad ante posibles abusos o presiones indebidas. Desde el DIDH, la principal preocupación es respecto de estas poblaciones. Por eso, las voces de alertan vienen de expertos independientes en derechos de las PCD o de edad. Estas, sin embargo, no son pacíficas. Entran también en tensión con principios como la autonomía de las personas en decisiones de fin de vida, y la necesidad de erradicar el paternalismo médico basado en actitudes capacitistas o edadistas.

Los Estados no pueden usar el deber de proteger el derecho a la vida para negarse a despenalizar de manera condicionada la MMA. La incompatibilidad del DIDH no radica en la legalización de la MMA, sino en la forma en la que se regula. Los Estados que debaten permitir esta opción deben enfocarse en discutir las salvaguardias procedimentales que necesitan para asegurar que la voluntad del solicitante sea real, genuina, indubitable; que este tenga una condición médica terminal o grave e incurable; y sufrimientos físicos y/o psíquicos que resultan para sí intolerables. Si son psíquicos, las salvaguardias deben ser mayores. Los mecanismos de control para evitar posibles abusos, asimismo, han de ser ex ante, durante y ex

post. La MMA debe ser una opción más al final de vida, junto a los cuidados paliativos y a la adecuación del esfuerzo terapéutico. Sobre todo, estas consideraciones deben nutrirse de la evidencia comparada que permita respaldar o disipar las dudas sobre la implementación de la MMA.

Finalmente, desde el DIDH, aún quedan preguntas por resolver para seguir construyendo sobre lo avanzado en materia de cuidado al fin de vida. Algunas ya fueron trazadas por el magistrado Gilberto Felici del TEDH. ¿Qué tipo de riesgos o abusos genera hoy la absoluta criminalización de la MMA? ¿Qué rol ocupan en la discusión de su legalización? ¿Tiene sentido seguir distinguiendo entre AET y MMA? ¿Qué significa depender de medidas de soporte vital? ¿Qué hacer cuando los cuidados paliativos no son suficientes? ¿No es cada uno el mejor juez de su propia dignidad? Esperamos que estas orienten futuras líneas de investigación.

## Referencias bibliográficas

American Association of Suicidology. (2017). *Statement on physician aid in dying*. Ohio Options. <https://ohiooptions.org/wp-content/uploads/2016/02/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf>

Armijo, G. (2018). *Derechos emergentes en la justicia constitucional*. [https://nanopdf.com/download/derechos-emergentes-en-la-justicia-constitucional\\_pdf](https://nanopdf.com/download/derechos-emergentes-en-la-justicia-constitucional_pdf)

Asociación Médica Mundial. (2019). *Declaración sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica*. WMA. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>

Asociación Médica Mundial. (s.f.). *Políticas sobre la eutanasia*. WMA. <https://www.wma.net/policy-tags/euthanasia/>

Ávila, M. (2025, 27 enero). *Gobierno ha quitado y renovado más de 30 veces la urgencia al proyecto de eutanasia y el trámite no registra avances significativos*. CIPER. <https://www.ciperchile.cl/2025/01/27/gobierno-ha-quitado-y-renovado-mas-de-30-veces-la-urgencia-al-proyecto-de-eutanasia-y-el-tramite-no-registra-avances-significativos/>

Bidart Campos, G. J. (2002). Los derechos “no enumerados” en su relación con el Derecho Constitucional y el Derecho Internacional.



*Derecho & Sociedad*, (18), 256-261. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechosociedad/article/view/16978>

Bonifaz Alfonso, L. & Mora Sierra, R. (2024). Decriminalization of abortion by the Mexican Supreme Court. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 165(1), 375–381.

Buchbinder, M. & Cain, C. (2023). Medical aid in dying: new frontiers in medicine, law, and culture. *Annual Review of Law and Social Science*, 19(1), 195-214.

Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) vs. Costa Rica. (2012, 28 de noviembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf)

Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. (2012, 24 de febrero). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_239\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf)

Caso Bluestein vs. Scott. (2022, 25 de agosto). U.S. District Court for the District of Vermont. <https://compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2024/04/20220825-complaint-wm-bluestein.pdf>

Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay. (2005, 17 de junio). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_125\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf)

Caso Dos Santos Nascimento y Ferreira Gomes vs. Brasil. (2024, 10 de junio). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_539\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_539_esp.pdf)

Caso Escaleras Mejía y otros vs. Honduras. (2018, 26 de setiembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_361\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_361_esp.pdf)

Caso Favela Nova Brasília vs. Brasil. (2017, 16 de febrero). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_333\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_333_esp.pdf)

Caso Gross vs. Suiza. (2014, 14 de mayo). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22002-10166%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22002-10166%22]})

Caso Haas vs. Suiza. (2011, 20 de enero). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-102940%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-102940%22]})

Caso Habitantes de La Oroya vs. Perú. (2023, 27 de noviembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_511\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_511_esp.pdf)

Caso I.V. vs. Bolivia. (2016, 30 de noviembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_329\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf)

Caso Karsai vs. Hungría. (2023, 20 de junio). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-234151%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-234151%22]})

Caso Koch vs. Alemania. (2013, 19 de julio). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-112282%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-112282%22]})

Caso Lambert y otros vs. Francia. (2015, 05 de junio). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-155352%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-155352%22]})

Caso Loayza Tamayo vs. Perú. (1998, 27 de noviembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_33\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_33_esp.pdf)

Caso Miembros de la Corporación Colectivo de Abogados “José Alvear Restrepo” vs. Colombia. (2023, 18 de octubre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_506\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_506_esp.pdf)

Caso Miembros del Sindicato Único de Trabajadores de ECASA (SUTECASA) vs. Perú. (2024, 6 de junio). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_526\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_526_esp.pdf)

Caso Mortier vs. Bélgica. (2022, 4 de octubre). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22002-13802%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22002-13802%22]})

Caso Pérez Lucas y otros vs. Guatemala. (2024, 15 de marzo). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_536\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_536_esp.pdf)

Caso Pindo Mulla vs. España. (2024, 17 de setiembre). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22appno%22:\[%2215541/20%22\];%22itemid%22:\[%22001236065%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22appno%22:[%2215541/20%22];%22itemid%22:[%22001236065%22]})

Caso Pretty vs. Reino Unido. (2002, 29 de abril). Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-60448%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-60448%22]})

Caso Rochac Hernández y otros vs. El Salvador. (2014, 14 de octubre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_285\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_285_esp.pdf)

Caso Roche Azaña y otros vs. Nicaragua. (2020, 3 de junio). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://corteidh.scjn.gob.mx/buscador/doc?doc=casos\\_sentencias/seriec\\_403\\_esp.pdf](https://corteidh.scjn.gob.mx/buscador/doc?doc=casos_sentencias/seriec_403_esp.pdf)

Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras (1988, 29 de julio de 1988). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_34\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_34_esp.pdf)

Caso Viteri Ungaretti y otros vs. Ecuador. (2023, 27 de noviembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_510\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_510_esp.pdf)

Cayón, D. (2025, 26 de Noviembre). Eutanasia: la UCR presentó un proyecto para regular el derecho a una muerte asistida. Infobae. <https://www.infobae.com/politica/2025/11/26/eutanasia-la-ucr-presento-un-proyecto-para-regular-el-derecho-a-una-muerte-asistida/> Clarke, J. (2025, 12 de junio). *How assisted dying laws across the UK could change*. BBC News. <https://www.bbc.com/news/articles/c5y5d2g3wgxo>





Colburn, B. (2022). Disability based arguments against assisted dying laws. *Bioethics*, 36(6), 680-686.

Compassion & Choices. (s.f.). *States where medical aid in dying is authorized*. <https://compassionandchoices.org/states-where-medical-aid-in-dying-is-authorized/>

Compassion & Choices. (2024). *Medical Aid in Dying Policy Book*. <https://compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2024/02/medical-aid-in-dying-policy-book2024.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2024, 26 de setiembre). *Un nuevo intento por reglamentar la eutanasia*. <https://www.camara.gov.co/un-nuevo-intento-por-reglamentar-la-eutanasia#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%2026%20de%20septiembre%20de,bajo%20la%20modalidad%20medicamente%20asistida>

Corbet, S. (2025, 27 de marzo). *Asamblea Nacional de Francia aprueba proyecto de ley largamente debatido sobre el final de la vida*. AP News. <https://apnews.com/article/francia-muerte-asistida-4fd9654ae124760d58bfdce1b652225a>

Correa Montoya, L. (2021). Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente. *Opinión Jurídica*, 20(41), 127-154. <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4>

Defensoría del Pueblo de Ecuador. (2024). (2024, 28 de junio). *Presentación del proyecto de ley que regula los procedimientos eutanásicos - cumplimiento de la sentencia de la Corte Constitucional no. 67-23-in/24*. (Oficio Nro. DPE-DPE-2024-0565-O) [https://www.dpe.gob.ec/lotaip/respaldos/2024/junio/DNANIPP/Proyecto\\_de\\_Ley\\_que\\_regula\\_los\\_procedimientos\\_eutanasicos.pdf](https://www.dpe.gob.ec/lotaip/respaldos/2024/junio/DNANIPP/Proyecto_de_Ley_que_regula_los_procedimientos_eutanasicos.pdf)

Díaz Campanella (2025, 16 de octubre). Uruguay aprueba la primera ley de eutanasia de América Latina. *Diario El País*. <https://elpais.com/amERICA/2025-10-16/uruguay-aprueba-la-primer-ley-de-eutanasia-de-america-latina.html>

Espiell, H. G. (2000). Los derechos humanos no enunciados o no enumerados en el constitucionalismo americano y el artículo 29.c) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. *Anuario iberoamericano de justicia constitucional*, (4), 145-172.

Eutanasia Legale. (2025, 07 de febrero). *Referendum Eutanasia Legale: una mobilitazione senza precedenti*. <https://www.eutanasialeitale.it/articolo/referendum-eutanasia-legale/>

Felici, L. (2023). *Voto disidente en el caso Daniel Karsai vs. Hungary*. Tribunal Europeo de Derechos Humanos. <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-234151%22%7D>

Ferrer Mac-Gregor, E. (2024). *Voto concurrente y parcialmente disidente en el caso dos Santos Nascimento y Ferreira Gomes vs. Brasil*. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

García Ramírez, S. (2004). Una reflexión jurídica sobre la muerte. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 37(111), 861-918. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1000929&orden=26282&info=link>

Gómez, R. (2024, 22 de febrero). *María Benito quiere morir en Perú, pero los jefes médicos se niegan a desconectarla*. El País. <https://elpais.com/amERICA/2024-02-23/maria-benito-quiere-morir-en-peru-pero-los-medicos-se-rehusan-a-desconectarla.html>

Gros Espiell, H. (2000). Los derechos humanos no enunciados o no enumerados en el constitucionalismo americano y el artículo 29.c) de la

Convención Americana sobre Derechos Humanos. *Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional*, (4), 145-172.

Health Canada. (2024). *Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2023*. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023/annual-report-medical-assistance-dying-2023.pdf>

Il Post (2025). La Corte costituzionale si esprimerà per la prima volta sull'eutanasia. Del 18 junio de 2025. <https://www.ilpost.it/2025/06/18/corte-costituzionale-eutanasia/>

Jaramillo, C. (2024, noviembre). *Sedación paliativa: ¿qué es y por qué es diferente a la eutanasia?* DESCLAB. <https://www.desclab.com/post/sedacionterminal>

Jha, P. (2020, 30 de octubre) *Nueva Zelanda legaliza la eutanasia (pero le dice no a la legalización de la marihuana)*. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-54747555>

Kayacan, D. N. (2022). *The Right to Die with Dignity: How Far Do Human Rights Extend?* Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-04516-5>

Kragh, J.V. JV (2019). The final step: the issue of euthanasia of people with mental disabilities in Denmark. *Disabil. Soc.* 34(1):143–61.

Kunz, R. (2024) International Law and Domestic Law. *Public International Law*, pp. 143–153.

Miró Quesada Gayoso, J. (2020). La muerte digna bajo la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos. *THEMIS Revista De Derecho*, (78), 503-519. <https://doi.org/10.18800/themis.202002.026>

Miró Quesada Gayoso, J. (2021). La muerte digna: Un asunto de derechos humanos. *Gaceta Constitucional*, 159, 136-149

Mroz, S. et al. , Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2021). Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3540553-3543553.

Mudrovitsch, G., Ferrer Mac-Gregor, E., & Pérez Manrique, R. (2024). *Voto conjunto en el caso Pérez Lucas y otros vs. Guatemala*. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general núm. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/2000/4)*. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>





Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos. (2009). *Observaciones finales sobre los Países Bajos*. (CCPR/C/NLD/CO/4). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8082.pdf>

Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos. (2019). *Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida* (CCPR/C/GC/36). [https://ciblogem.secihti.mx/wp-content/uploads/2024/10/UniversalComiteDH\\_OG-36-f8e.pdf](https://ciblogem.secihti.mx/wp-content/uploads/2024/10/UniversalComiteDH_OG-36-f8e.pdf)

Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2024). Informes periódicos segundo y tercero combinados que el Canadá debía presentar en 2020 en virtud del artículo 35 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CRPD/C/CAN/2-3. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FCAN%2F2-3&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FCAN%2F2-3&Lang=es)

Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad: Visita a Francia, Dainius Pūras*. (A/HRC/41/34/Add.2). <https://docs.un.org/es/A/HRC/41/34/Add.2>

Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. (2013). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez* (A/HRC/22/53). <https://undocs.org/A/HRC/22/53>

Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar*. (A/HRC/43/41) <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g19/346/57/pdf/g1934657.pdf>

Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. (2019). *Visita al Canadá. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar*. (A/HRC/43/41/Add.2). <https://digitallibrary.un.org/record/3872378?ln=es&v=pdf#files>

Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. (2024). *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler. Capacidad legal y consentimiento informado* (A/HRC/57/42). <https://docs.un.org/en/A/HRC/57/42>

Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2021). *Disability is not a reason to sanction medically assisted dying – UN experts*. [https://www.ohchr.org/en/press-](https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/01/disability-not-reason-sanction-medically-assisted-dying-un-experts)

[releases/2021/01/disability-not-reason-sanction-medically-assisted-dying-un-experts](https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/01/disability-not-reason-sanction-medically-assisted-dying-un-experts)

Nolan, H. (2019). *A practical guide to the UN special procedures*. The International Service for Human Rights.

Organización de los Estados Americanos. (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)

Opinión Consultiva OC-23/17. (2017, 15 de noviembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. [https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea\\_23\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_23_esp.pdf)

Papadopolou, N. & Wicks, L. (2025). Taking 'the right to life' seriously: Addressing the role of 'the right to life' in the context of assisted dying. *Medical Law International*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/09685332241308092>

Sentencia 19/2023. (2023, 2 de marzo). Tribunal Constitucional de España. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-10044>

Sentencia C-164/22. (2022, 11 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-164-22.htm>

Sentencia C-233/21. (2021, 22 de julio). Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2021/C-233-21.htm>

Sentencia C-239/97. (1997, 20 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-239-97.htm>

Sentencia T-721/17. (2017, 12 de diciembre). Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-721-17.htm>

Serrano, S. Guzmán & Cabrera, O.A. (2024). El derecho a la muerte digna: una propuesta interpretativa. En M. Ronconi (Direct), *Los Derechos Humanos desde el Sur Global: Discusiones Actuales*. DER Ediciones. ISBN: 978-956-405-211-3.

Settlement Agreement and release of claims. Gideonse vs. Brown, et al. (2022). <https://compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2024/04/rec-doc-20-1-exhibit-wm.pdf>

Shakespeare, T. (2013). *Disability rights and wrongs revisited*. Routledge.

Solar, D. (2024, 22 de mayo). *Congreso: propone recurrir a la eutanasia en caso de pacientes con enfermedades terminales*. Infobae. <https://www.infobae.com/peru/2024/05/22/congreso-proponen-recurrir-a-la-eutanasia-en-caso-de-pacientes-con-enfermedades-terminales/>

*States where Medical Aid in Dying is Authorized*. (s.f). Compassion & Choices <https://compassionandchoices.org/states-where-medical-aid-in-dying-is-authorized/>

Verdú, D. (2019, 25 de setiembre). *Una histórica sentencia del Constitucional abre la puerta al suicidio asistido en Italia*. El País. [https://elpais.com/sociedad/2019/09/25/actualidad/1569445053\\_158779.html](https://elpais.com/sociedad/2019/09/25/actualidad/1569445053_158779.html) 