

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO: ENTRE DERECHOS Y LIBERTADES*

Euthanasia and Assisted Suicide: between rights and liberties

NAVARRO-GEZAN, LORETO**
VILLEGAS-ALEKSOV, DIEGO***
Universidad Diego Portales

Resumen

El presente artículo muestra que el deseo de morir se puede proteger jurídicamente de dos modos: (1) liberando de responsabilidad al personal sanitario que practica la eutanasia o asiste el suicidio, sin establecer derechos para los pacientes o (2) estableciendo auténticos derechos para los pacientes respecto de la eutanasia y la asistencia al suicidio. Ambas hipótesis son usadas para clasificar las principales legislaciones vigentes en el mundo.

Palabras clave

Eutanasia; suicidio asistido; derecho subjetivo.

Abstract

This article shows that the desire to die can be legally protected in two ways: (1) by releasing liability from the healthcare personnel who perform euthanasia or assist suicide, without establishing rights for patients or (2) by establishing authentic rights for patients with respect to euthanasia and assisted suicide. Both hypotheses are used to classify the main legislations in this matter in the world.

Key words

Euthanasia; assisted suicide; subjective right.

Introducción

En el mundo son pocos los países que han reconocido y garantizado jurídicamente el “derecho a morir”. Es un tema que trae aparejado intensos debates éticos que en buena parte se explican por malentendidos lingüísticos. Con frecuencia, se habla de “derecho a morir” como si se tratase de una sola situación. A veces, se atribuye este derecho a todas las personas, como si fuese un derecho natural. Otras veces, se atribuye solo a aquellas personas en cuyos países se ha legislado en torno a la decisión de morir¹. En este último caso, a veces, se hace referencia a aquellos países en que se ha despenalizado la eutanasia; otras veces, a aquellos en que se ha despenalizado la asistencia (médica o no) en un suicidio; y otras, a ambos.

* Los autores declaran sus contribuciones al presente artículo de investigación, utilizando la taxonomía CRediT: Conceptualización: Loreto Navarro-Gezan (50%), Diego Villegas-Aleksov (50%); Metodología: Loreto Navarro-Gezan (50%), Diego Villegas-Aleksov (50%); Investigación: Loreto Navarro-Gezan (50%), Diego Villegas-Aleksov (50%); Redacción - borrador original: Loreto Navarro-Gezan (50%), Diego Villegas-Aleksov (50%); Redacción - revisión y edición: Loreto Navarro-Gezan (50%), Diego Villegas-Aleksov (50%); Administración de proyecto: Loreto Navarro-Gezan (50%), Diego Villegas-Aleksov (50%).

** Doctora(c) en Derecho, Universidad de Chile. Docente de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. Correo electrónico: loretonavarrogezan@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6485-5352>.

*** Magíster en Bioética, Universidad de Chile. Docente de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. Correo electrónico: dvaleksov@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2315-3216>.

¹ A lo largo del documento hacemos uso principal de las expresiones “paciente” y “persona”. Esto en atención al (no resuelto) debate en torno al empleo de algunos términos en el contexto de la atención sanitaria. Ver LEMUS et al. (2017), pp. 100-102.

Es fácil advertir que la expresión “derecho a morir” esconde varios significados. Teniendo en cuenta que, parte del objetivo de este trabajo es precisarla, se excluye cualquier referencia a relaciones no jurídicas. Con independencia de si puede (o no) hablarse de derechos naturales o morales, el objetivo de este trabajo no es referirse a ellos. Lo que pretendemos es estudiar la posición jurídica subjetiva en que se encuentran las personas que desean morir. Por esa razón, lo que nos interesa es analizar el discurso jurídico. En este contexto, nuestros objetivos son dos:

(1) Mostrar que el deseo de morir se puede proteger jurídicamente de dos modos: (i) estableciendo un permiso de practicar la eutanasia o la asistencia al suicidio y un correlativo no-derecho y (ii) consagrando un auténtico derecho subjetivo de las personas que desean morir a que se le practique una eutanasia o se le provea asistencia al suicidio y el correlativo deber de otros de ejecutarlas. Ellas son dos “hipótesis de regulación”, es decir, dos posibles formas de proteger jurídicamente el deseo de morir.

(2) Evidenciar que las legislaciones de Países Bajos, Bélgica y Canadá pueden interpretarse como ejemplos del primer caso, mientras que las de España, Nueva Zelanda y Colombia pueden interpretarse como ejemplos de la segunda hipótesis. No se pretende hacer un análisis exhaustivo de cada legislación. Se trata de verificar si las distintas hipótesis de regulación que son posibles sirven para reconstruir, explicar y clasificar el fenómeno normativo que ha tenido lugar en diferentes países.

El contenido que sigue a esta introducción es dividido en cinco secciones o apartados. Los primeros dos apartados pretenden aclarar conceptualmente la noción “derecho a morir” (secciones 1 y 2). En el tercer apartado se explican dos modos posibles de proteger jurídicamente el llamado “derecho” a morir (dos hipótesis de regulación) (sección 3). A continuación, se muestran las legislaciones del mundo que pueden interpretarse como ejemplo de cada una de las hipótesis de regulación referidas en el apartado anterior (sección 4). Finalmente, el documento cierra con un apartado conclusivo (sección 5).

1. Aclarando la noción de “derecho a morir”: posiciones jurídicas subjetivas

Cuando el legislador formula normas (disposiciones normativas que expresan normas)², muchas veces ocurre que no es claro lo que quiso decir o lo que realmente dijo. A modo de ejemplo, si el legislador formulase una disposición que exprese “*Los pacientes tienen derecho a ser identificados individualmente y los médicos tendrán la obligación de tratar a los pacientes por su nombre*”, bien valdría la pregunta sobre qué significa “médico” y “paciente”. Preguntas como estas, podrían responderse acudiendo a los tecnicismos propios de la medicina. Pero la cuestión es distinta si se pregunta qué quiere decir “obligación” y “derecho”. Los tecnicismos de la medicina probablemente no ayudarían a resolver la cuestión, pero las herramientas de la teoría del derecho sí. Teniendo esto en cuenta, a continuación, explicaremos la teoría de las posiciones jurídicas subjetivas para aclarar qué quiere decir “derecho a morir”.

1.1. Posiciones jurídicas subjetivas de acuerdo con Hohfeld

En su ensayo *Conceptos jurídicos fundamentales*, Hohfeld constata que en el discurso de jueces y juristas se ha dado una utilización indiscriminada a las expresiones derecho y deber³. Para contribuir a una comprensión clara de los problemas jurídicos, Hohfeld reduce los conceptos jurídicos a ocho conceptos jurídicos fundamentales⁴: derecho (pretensión), no-

² Entendemos que hay una distinción entre disposición normativa y normas. Mientras la disposición es una entidad sintáctica, una formulación lingüística contenida en una fuente de derecho, las normas son el significado de disposiciones y se obtienen por medio de interpretación. Esto explica que, a una misma disposición normativa, puedan atribuirse significados diferentes según los argumentos interpretativos que se utilicen. Véase GUASTINI (2018), pp. 77 y 81. El origen de la distinción se encuentra en TARELLO (2013). Sobre argumentos interpretativos véase: GUASTINI (2018), pp. 261-299.

³ HOHFELD (1991), pp. 33-49 y 47-49.

⁴ HOHFELD (1991), p. 49. En la teoría de Hohfeld los conceptos jurídicos más básicos pueden ser empleados para arribar a posiciones de mayor complejidad, pero ellos mismos no pueden ser reducidos. Véase HALPIN (1985), p. 436.

derecho (no-pretensión), libertad (permiso o privilegio), deber (obligación), competencia (potestad, capacidad o poder), incompetencia, inmunidad (exención) y sujeción⁵.

Dichos conceptos son *sui generis*, por lo que cualquier intento de definición formal resultaría inútil⁶. Por esa razón, Hohfeld los presenta exhibiendo todas las diversas relaciones en un esquema de “correlatividad” y “oposición”. Se puede entender que dos conceptos son correlativos cuando son nociones equivalentes y, por tanto, la existencia de uno es condición necesaria y suficiente para la existencia del otro. Por su parte, se puede entender que dos conceptos son opuestos cuando son nociones contradictorias y, por tanto, la existencia de uno de ellos es condición necesaria y suficiente para la inexistencia del otro⁷.

De este modo, son conceptos correlativos: derecho/deber; libertad (o permiso)/no-derecho; potestad/sujeción; inmunidad/incompetencia. Por otro lado, son conceptos opuestos: derecho/no-derecho; permiso/deber; potestad/incompetencia; inmunidad/sujeción. Por razones que se explicarán más adelante, a continuación nos restringiremos a explicar únicamente los conceptos de derecho, deber, permiso y no-derecho⁸.

Hohfeld entiende que un derecho subjetivo es el correlativo de un deber y el opuesto de un no-derecho. Que un individuo tenga un derecho, implica que: (i) otro individuo tiene un deber y (ii) que ese mismo individuo no tiene un no-derecho. El deber u obligación es aquello que debe o no debe hacerse. El contenido del derecho se determina de acuerdo con el contenido del deber, por ende, el contenido de un derecho siempre se referirá a una conducta del titular del deber. De este modo, cuando se invade un derecho es porque se viola un deber⁹. Por ejemplo: si X tiene derecho a que Y le entregue un número de atención en un centro de salud, Y tiene el deber entregar a X un número de atención en el centro de salud. Al mismo tiempo, X no tiene un no-derecho a que Y le entregue un número de atención en un centro de salud, porque la existencia de su derecho es condición necesaria y suficiente de la inexistencia de un no-derecho.

Por otra parte, un permiso o libertad es el correlativo de un no-derecho y el opuesto de un deber. Que un individuo tenga un permiso, implica que: (i) otro individuo tiene un no-derecho a que se abstenga de realizar la conducta permitida y (ii) que ese mismo individuo que tiene un permiso no tiene un deber. El contenido del permiso siempre recae sobre una conducta del mismo sujeto titular de ese permiso, y no en la conducta de un tercero¹⁰. Por ejemplo: si X tiene el permiso de usar el uniforme de profesional de la salud, Y no tiene derecho a que X no use el uniforme de profesional de la salud. A su vez, X no tiene el deber de usar uniforme de profesional de la salud.

Una cuestión importante que la teoría hohfeldiana permite advertir es que estos términos son usados por autoridades normativas para formular normas que instituyen posiciones jurídicas subjetivas, pero, dado su uso indiscriminado, no siempre es claro qué quieren decir o qué significan esas relaciones. Cuando esto ocurre, la ciencia del derecho puede arrojar luz distinguiendo claramente aquellos casos en los que se está frente a una u otra posición jurídica subjetiva. De este modo, los términos hohfeldianos no solo pueden ser empleados por las autoridades normativas para establecer relaciones jurídicas entre individuos, sino también por la ciencia del derecho para describir las relaciones establecidas por las normas y para ofrecer claridad allí donde el legislador no la ha brindado¹¹. Este es justamente uno de los objetivos de

⁵ HOHFELD (1991), p. 49. Cabe aclarar que Hohfeld prefiere las expresiones “privilegio” y “potestad” antes que “libertad” o “permiso” y “competencia” respectivamente. HOHFELD (1991), pp. 62-71 y 71-73. Utilizaremos las expresiones “permiso” y “libertad” (indistintamente) y “competencia” por razones que se comprenderán más adelante (ver infra 1.3.)

⁶ HOHFELD (1991), p. 47. Esto se ajusta a la pretensión atomista de la filosofía analítica de arribar a los elementos constituyentes más simples, véase HACKER (1996), pp. 3-6. Con ello toma relevancia la idea de Strawson cuando sostiene que en un modelo conectivo la comprensión apropiada de cada concepto de una red o sistema solo puede obtenerse captando sus relaciones con los demás conceptos del sistema. Ver STRAWSON (1997), pp. 61-64 y 67. Para la aplicación de las ideas de Strawson al modelo de Hohfeld, ver ARRIAGADA (2018).

⁷ RODRÍGUEZ (2021), p. 271.

⁸ Ver infra 1.2.

⁹ HOHFELD (1991), pp. 50-53.

¹⁰ HOHFELD (1991), pp. 53-55.

¹¹ Esta afirmación se puede hacer con independencia de si se entiende que el análisis de Hohfeld es referido a las normas, a las proposiciones normativas o a ambas. Ver ARRIAGADA (2022a), p. 99.

este trabajo. Pretendemos contribuir a aclarar y distinguir (y, de este modo, describir) las posiciones jurídicas que el legislador podría crear y que de hecho ha creado en torno a la eutanasia y el suicidio asistido.

Ahora bien, para lograrlo, la teoría de las posiciones jurídicas subjetivas ha de ser complementada con al menos dos cuestiones: (1) la distinción entre normas regulativas y normas constitutivas (en específico, normas de competencia) (2) la distinción entre permisos débiles y fuertes.

1.2. Sobre la distinción entre normas regulativas y de competencia

La teoría general de las normas ha mostrado la importancia de la distinción entre normas regulativas y constitutivas. Esto lo ha hecho dando cuenta de su diferente estructura, la diferente función que cumplen, el modo en que se refieren a una actividad, entre otros¹². Aunque la discusión en torno a su diferenciación es amplia e inagotable, entenderemos que las normas regulativas califican deónticamente conductas que existen con independencia de tales normas. En cambio, las normas constitutivas definen o determinan conductas cuya existencia es lógicamente dependiente de tales normas¹³.

Existe bastante consenso acerca de que las normas regulativas pueden clasificarse en normas de mandato, normas de prohibición y normas permisivas¹⁴. También, respecto de que la consecuencia común de la infracción de una norma regulativa de mandato o de prohibición es una sanción¹⁵.

En cuanto a la clasificación de las normas constitutivas, no hay una que admita consenso. Pero, para estos efectos, interesa solo un tipo de norma constitutiva jurídica: las normas de competencia¹⁶. Se trata de aquellas normas que, en un sistema jurídico, determinan o constituyen la posibilidad de producir, modificar o derogar normas válidas o participar en su producción, modificación o derogación. La consecuencia del no seguimiento de una norma de competencia es la invalidez o nulidad¹⁷.

La distinción entre normas jurídicas regulativas y normas de competencia permite advertir que las posiciones jurídicas hohfeldianas se pueden agrupar en dos familias. Mientras unas posiciones son adscritas por normas regulativas (derecho/deber y no derecho/permiso), otras posiciones son adscritas por normas de competencia (potestad/sujeción e incompetencia/inmunidad)¹⁸.

Teniendo esto en cuenta, resulta conveniente aclarar que el objetivo de este trabajo es analizar únicamente las posiciones jurídicas subjetivas conferidas por normas regulativas: estudiar si respecto de la eutanasia y el suicidio asistido los legisladores establecen derechos, deberes, no-derechos y/o libertades. No se analizará la situación de un individuo frente a una eventual competencia de otro de alterar su situación jurídica en torno a la muerte digna.

¹² Con diferentes matices y nomenclatura, esta distinción se puede encontrar en: SEARLE (2007), pp. 43-44; ROSS (2000), pp. 51-53; VON WRIGHT (2019), pp. 16-17; HART (2012), pp. 35, 99 y ss.; y ALCHOURRÓN Y BULYGIN (1991b), pp. 441, 446 y ss.; entre otros. Su importancia ha sido expresada en ARRIAGADA (2015), pp. 108-113.

¹³ Una síntesis como esta se puede encontrar en ARRIAGADA (2022b), pp. 381-382.

¹⁴ Ver, por ejemplo: VON WRIGHT (2019), pp. 63-64; ALCHOURRÓN Y BULYGIN (1975), pp. 74-76; MORESO Y VILAJOSANA (2004), p. 72-81; GUASTINI (2016), pp. 63-64; RODRÍGUEZ (2021), pp. 44-47. En esta clasificación no se incluyen las normas facultativas porque el carácter facultativo es reducible al carácter permisivo, ver: RODRÍGUEZ (2021), p. 47. Por otra parte, dentro de las normas jurídicas regulativas a veces se distingue entre normas y principios, ver: DWORKIN (1989), pp. 72 y ss.; ATIENZA Y RUIZ (1996), pp. 6 y ss.

¹⁵ Ver, entre otros, SEARLE (2007), pp. 43-44; ROSS (2000), pp. 51-53; ALCHOURRÓN Y BULYGIN (1991b), pp. 440-441; BULYGIN (1991b), p. 493.

¹⁶ Para una reconstrucción de otras tipologías ver: ALARCÓN (1991), pp. 273-295. Aunque aquí se entenderá que las normas de competencia son un tipo de norma constitutiva, ellas también han sido entendidas como normas de obligación y como normas permisivas, ver: MORESO Y VILAJOSANA (2004), pp. 83-86.

¹⁷ ARRIAGADA (2018), p. 9. Sobre la distinción entre sanción y nulidad a propósito de los tipos de reglas se puede recurrir a HART (2012), p. 44.

¹⁸ De acuerdo con Arriagada, hay un segundo criterio que subyace al análisis de Hohfeld: la distinción entre actos jurídicos no normativos y normativos. El detalle se puede ver en ARRIAGADA (2020), pp. 10-11.

1.3. Sobre la distinción entre permisos fuertes y débiles

La segunda cuestión a tener en cuenta es la distinción entre permisos o libertades fuertes y permisos o libertades débiles. Cuando el término permitido figura en una norma, se trata del carácter de una norma y tiene un sentido prescriptivo. Ahora bien, cuando el término permitido figura en una proposición que describe la posición jurídica en que se halla un sujeto, esto puede significar dos cosas: o bien que existe una norma que permite una acción o abstención (permiso fuerte), o bien que determinada acción o abstención no está prohibida (permiso débil)¹⁹.

Esta distinción afecta a la teoría de las posiciones subjetivas de Hohfeld porque no es claro si Hohfeld presupone que las relaciones de permiso/no-derecho describen el contenido de normas jurídicas permisivas o, en cambio, la ausencia de tales normas. En otras palabras, el que la relación de permiso/no-derecho sea la negación de una relación de derecho/deber podría significar dos cosas. Primero, que los permisos o libertades son posiciones adscritas por normas permisivas que establecen excepciones a relaciones de derecho/deber ya existentes o, dicho de otro modo, pueden funcionar como excepciones a normas de prohibición. Segundo, que los permisos o libertades son posiciones subjetivas que consisten en la ausencia de normas regulativas, vale decir, los permisos que tiene un individuo están configurados porque en el sistema no hay norma que prohíba la conducta²⁰.

La discusión acerca de cuál es la forma correcta de entender el carácter negativo de las relaciones de permiso/no-derecho no ha sido zanjada²¹. Para estos efectos, más que tomar partido por una solución respecto de cómo entender el modelo hohfeldiano y, conscientes de la ambigüedad que afecta al término permitido en el uso que aquí se le da (descriptivo), seremos explícitos al señalar a qué tipo de permiso nos estamos refiriendo.

Aunque el esquema de Hohfeld es digno de seguir siendo analizado, el objetivo de la presente investigación más que problematizarlo es emplearlo. Hasta aquí, hemos procurado formular una exposición funcional que, al mismo tiempo, opere como marco de comprensión para la aplicación de la herramienta al discurso de los legisladores en materia del denominado “derecho a morir”.

2. Aclarando la noción de “derecho a morir”: sobre el concepto de eutanasia y suicidio asistido

Cuando se utiliza la expresión “derecho a morir” en el contexto de la legislación del bioderecho, ella se vincula a aquellos casos en que las personas tienen control sobre la decisión de su propia muerte. Ahora bien, bajo esta expresión se suelen agrupar o reducir terminológicamente dos escenarios que resulta pertinente distinguir: la eutanasia y el suicidio asistido²².

2.1. Sobre el concepto de eutanasia

La eutanasia ha sido definida de diferentes maneras. Para Singer por ejemplo, la eutanasia se refiere a acabar con la vida de los que padecen enfermedades incurables, que tienen gran dolor y angustia, y se hace por el bien de los que mueren y para ahorrarles más sufrimiento o

¹⁹ La distinción entre permisos fuertes y débiles se puede encontrar originalmente en VON WRIGHT (2019), pp. 74-75. Aunque con nomenclatura y matices diferentes, ya se advierte en: KELSEN (1991), p. 139; KELSEN (1981), p. 88; y ROSS (2005), p. 203. De acuerdo con Alchourrón y Bulygin, el problema de la distinción tal y como la presenta Von Wright, es que no advierte que el término permitido tiene un uso descriptivo y uno prescriptivo. Ver ALCHOURRÓN Y BULYGIN (1975), pp. 173-177.

²⁰ ARRIAGADA (2018), p. 17; ARRIAGADA (2020), pp. 19-20. En el discurso de la teoría del derecho se ha discutido arduamente sobre la utilidad práctica de la distinción. Para ver posiciones y una reconstrucción final ver, por ejemplo: ECHAVE et al. (2008), pp. 155-158; ALCHOURRÓN Y BULYGIN (1991a), pp. 236-237.

²¹ ARRIAGADA (2018), p. 19; ARRIAGADA (2020), p. 20.

²² TABOADA (2000), p. 93.

angustia²³. Casabona entiende que la eutanasia es matar intencionalmente a otro por razones de benevolencia y en las que el sujeto que va a morir le pide a otro que lo prive de su vida porque tiene alguna enfermedad que, según la ciencia médica del momento, es incurable o irreversible y, en efecto, desea terminar con el sufrimiento²⁴. De este modo, mientras para Casabona que el sujeto que desea morir pida a otro que lo prive de su vida es una propiedad que caracteriza al concepto de eutanasia, para Singer no lo es. Esto explica los diferentes criterios de clasificación que cada uno propone²⁵.

Teniendo en cuenta la existencia o no de consentimiento o petición por quién será sometido a la eutanasia, Singer distingue entre eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria. La primera se refiere a la que se lleva a cabo a petición de la persona que va a morir; la segunda se da en casos en que la persona que muere tiene capacidad para consentir su propia muerte, pero no lo hace; la tercera implica que el sujeto que va a morir no es capaz de entender la elección entre la vida y la muerte²⁶. Casabona distingue entre eutanasia directa e indirecta según cuál sea el móvil por el cual se actúa. La eutanasia directa persigue acortar la vida del paciente; la indirecta persigue aliviar el sufrimiento del paciente acortando su vida como efecto secundario del objetivo principal²⁷. Por otra parte, atendiendo al modo en que ella se ejecuta, distingue entre eutanasia activa y pasiva. La primera consiste en realizar actos para ayudar a morir eliminando o aliviando el sufrimiento. La pasiva supone dejar de hacer aquello que permitía alargar la vida²⁸.

Como el objetivo de esta investigación no es hacer un análisis exhaustivo sobre los distintos usos de la expresión eutanasia, nos limitaremos a precisar claramente en qué sentido se ella será utilizada aquí. Entenderemos que se está frente a una hipótesis de eutanasia cuando se verifiquen las siguientes circunstancias: (1) una persona sufre una enfermedad incurable que le causa padecimiento (físico o psíquico) intolerable; (2) esa persona desea morir y le solicita a un profesional de la salud terminar con su vida y; (3) ese profesional ejecuta un acto que tiene por objeto acabar con su vida (o deja de ejecutar aquello que permitía alargarla).

De la definición recién expuesta, se desprende que reconocemos la distinción entre eutanasia activa y pasiva. Pero restringimos la noción a aquellos casos en que el acto de provocar la muerte es ejecutado por un profesional de la salud²⁹. Por último, reconocemos únicamente la eutanasia voluntaria³⁰.

2.2. Sobre el concepto de suicidio asistido

La eutanasia es una hipótesis de muerte voluntaria distinta del suicidio asistido. Dworkin por ejemplo, sostiene que el suicidio asistido se puede dar en aquellos casos en que individuos se encuentran enfermos o discapacitados y no son plenamente capaces de suicidarse (o matarse a sí mismos), pero están completamente conscientes de querer hacerlo³¹. Calsamiglia entiende que el suicidio asistido es un caso en el que está en juego la elección de la muerte y donde el

²³ SINGER (1995), p. 217.

²⁴ CASABONA (1994), p. 424.

²⁵ Zúñiga también escoge los mismos autores para responder a la pregunta. Ver: ZÚÑIGA (2008), p. 117. Para otras definiciones, ver: DWORKIN (1994), p. 9; KEOWN (2004), pp. 9-17; KUHSE (2004), pp. 405-406; CALSAMIGLIA (1993), p. 345; entre otros.

²⁶ SINGER (1995), pp. 217 y ss.

²⁷ CASABONA (1994), p. 421. La eutanasia indirecta a veces se conoce como eutanasia de doble efecto: el efecto directo es aliviar el sufrimiento del paciente y el efecto secundario es abreviar la vida del paciente. ZÚÑIGA (2008), p. 116.

²⁸ CASABONA (1994) p. 421. Para alcances de la distinción véase SPAEMANN (2007), pp. 109-116.

²⁹ Esta decisión se explica porque en todos los países en que se ha legalizado esta práctica, se reconoce la eutanasia médica. Ver infra: sección 5. Es importante tener presente que parte del debate sobre la legalidad de la eutanasia se ha centrado en quién debe realizarla. Ver AGUAYO (2020), p. 10.

³⁰ No nos pronunciamos sobre la distinción porque consideramos que es problemática desde la perspectiva de la legislación. En el contexto de la legislación chilena, una discusión al respecto se puede encontrar en FIGUEROA (2011), pp. 655-659; y MIRANDA (2012), pp. 261-265.

³¹ DWORKIN (1994), p. 239.

sujeto que realiza la acción y el destinatario de ella coinciden³². Kuhse, por su parte, lo define como aquellos casos en que una persona ayuda a otra a poner fin a su vida³³.

Al igual que en el caso de la eutanasia, el suicidio asistido puede o no vincularse a prácticas médicas. Cuando es así, se define como la situación donde un paciente recurre a medios legales para suprimir su vida o como aquellos casos en que un médico ayuda a un paciente a quitarse la vida³⁴.

Para efectos de esta investigación, entenderemos que un suicidio asistido tiene lugar cuando se verifican las siguientes circunstancias: (1) una persona padece una enfermedad terminal e incurable que le provoca un padecimiento intolerable; (2) esa persona desea morir y solicita a un profesional de la salud que le brinde ayuda o le proporcione los medios necesarios para morir y (3) la persona que desea morir se provoca su propia muerte³⁵.

De la definición recién expuesta, se desprende que restringimos la noción de suicidio asistido a aquellos casos en que el acto de ayudar o brindar los medios necesarios para ejecutar el suicidio es realizado por un médico o un profesional de la salud³⁶ (cuando hagamos referencia a un suicidio que no sea médicamente asistido, lo diremos expresamente).

En algunas ocasiones, puede resultar difícil distinguir la eutanasia del suicidio asistido³⁷. Lo importante para delimitar cada concepto es que en la eutanasia, es un tercero el que provoca, activa o pasivamente, la muerte del sujeto que desea morir. En el suicidio asistido, el sujeto que realiza la acción y el destinatario de ella coinciden; quien desea morir se provoca la muerte a sí mismo (con ayuda de un tercero)³⁸. En consecuencia, el criterio para distinguir reside en quién ejecuta la acción u omisión que provoca la muerte.

En definitiva, entendemos que hablar de un “derecho a morir” a secas resulta impreciso. Tal como hemos expuesto hasta ahora, si ha de haber un auténtico “derecho”, el contenido de aquel no es simplemente “a morir”, sino a que a alguien “se le provoque la muerte” (como ocurre en la eutanasia) o a que a alguien “se le otorgue asistencia en un suicidio” (como ocurre en el suicidio asistido)³⁹.

3. Entre derechos y no-derechos

Como ya hemos explicado, la autoridad normativa podría, por medio de normas regulativas, regular el “derecho a morir” adscribiendo a ciertos sujetos determinadas posiciones jurídicas subjetivas. Siguiendo a Hohfeld y conforme a las explicaciones hechas en el primer apartado, entendemos que en torno a la eutanasia y el suicidio asistido, hay dos formas posibles de regularlas (dos hipótesis de regulación): (1) que se adscriban no-derechos para los pacientes y permisos o libertades para los profesionales de la salud y (2) que se adscriban derechos para los pacientes y deberes para los profesionales de la salud⁴⁰. A continuación explicaremos cada una.

³² CALSAMIGLIA (1993), p. 344.

³³ KUHSE (2004), p. 407. En términos muy similares MOLERO (2021), p. 298

³⁴ Ver, por ejemplo, BLANCO (1997), p. 38; KEOWN (2004), p. 31; RODRÍGUEZ (2001), p. 32.

³⁵ En términos muy similares DE MIGUEL Y LÓPEZ (2006), p. 210.

³⁶ Esta decisión se explica porque en la mayoría de los países en que se ha legalizado esta práctica, se reconoce únicamente el suicidio médicamente asistido. Ver supra: sección 5. Aunque no analizaremos en profundidad el caso de Suiza, cabe mencionarlo como un ejemplo de legislación en que se el suicidio asistido está permitido sin, necesariamente, contar con asistencia médica. DE MIGUEL Y LÓPEZ (2006), p. 213.

³⁷ SINGER (1995), p. 217.

³⁸ CALSAMIGLIA (1993), p. 344.

³⁹ TABOADA (2000), p. 93

⁴⁰ Como nuestro análisis pretende ser fiel al esquema hohfeldiano, hay dos escenarios que descartamos porque carecen de sentido: (1) que, en torno a la eutanasia, quien desea morir tenga un permiso de recibir la eutanasia y, frente a él, se instituya el correlativo no-derecho de otro de ejecutarla (un permiso recae sobre una conducta de su titular y en la eutanasia quien ejecuta la acción de matar es un tercero). (2) Que, respecto del suicidio asistido, el sujeto que desea morir tenga derecho al suicidio y frente a él, un tercero tenga el deber de practicarlo (el contenido de un derecho siempre recae sobre la conducta de un tercero y en el suicidio es quien desea morir quien ejecuta la acción).

3.1. Primera hipótesis de regulación: eutanasia y suicidio asistido como libertades para el personal sanitario

Una primera posibilidad es establecer un permiso para un médico o profesional de la salud (en adelante, M) de practicar una eutanasia o suicidio asistido y un no-derecho de un paciente (en adelante, P) de que M no practique la eutanasia o no le asista en el suicidio. Ya explicamos que una persona puede ser titular de un permiso porque hay una norma que explícitamente se lo otorga (permiso fuerte) o porque no hay ninguna norma que le prohíba la conducta (permiso débil). Esto implica que esta primera posibilidad puede dividirse en dos subhipótesis.

(1) La primera subhipótesis se puede formular teniendo en cuenta que tanto la eutanasia como el suicidio asistido se encuentran prohibidos en la mayoría de las legislaciones vigentes. De este modo, el legislador, al regular el denominado “derecho a morir” podría establecer para M el permiso fuerte de practicar una eutanasia o suicidio asistido, dejando a P, como correlativo, en una posición de no-derecho.

Tomemos en cuenta, en primer lugar, la figura de la eutanasia. En la mayoría de las legislaciones hay una prohibición general de provocar la muerte a otra persona. De este modo, el legislador podría crear un permiso explícito para M, en virtud del cual se lo autoriza a provocar la muerte de P en determinadas circunstancias. Tal permiso, sería fuerte y funcionaría como una excepción a la norma general que impone el deber de no matar a otro (donde M se encuentra incluido).

Si M tiene un permiso fuerte de practicar una eutanasia sobre P, es lo mismo que decir que M está autorizado a provocar la muerte de P en determinadas circunstancias. Que esa conducta esté permitida en sentido fuerte quiere decir que excluye la posibilidad de que su contenido opuesto sea debido u obligatorio para M. Esto porque el deber es el opuesto de un permiso. Si alguien tiene permiso de provocar la muerte de otra persona, entonces no tiene el deber de no provocar la muerte de otra persona.

La relación jurídica configurada por la eutanasia incluye la posición de un M y un P. Frente a un sujeto M se encuentra el sujeto P que desea morir. En una situación como la recientemente expuesta, no puede decirse que la persona P que desea morir tiene derecho a que la maten, pues el derecho es el correlativo de un deber y ya se ha explicado que el permiso es el opuesto del deber. Dicho de otro modo: la existencia del permiso de practicar una eutanasia es condición necesaria y suficiente para la inexistencia de un deber de practicar una eutanasia. Y, si no hay deber, tampoco habrá un correlativo derecho. En definitiva, la persona que desea que le provoquen la muerte, P, no tiene derecho a que M no le provoque la muerte.

Si tomamos en consideración la figura del suicidio asistido, el escenario se replica. En la mayoría de las legislaciones hay una prohibición general de asistir el suicidio de otra persona. De este modo, el legislador podría crear un permiso explícito para M, en virtud del cual se lo autoriza a asistir al suicidio de P. Tal permiso, sería fuerte y funcionaría como una excepción a la norma general que impone el deber de no asistir el suicidio de otro (donde M se encuentra incluido).

Si M tiene el permiso de asistir el suicidio de P, es lo mismo que decir que M está autorizado a asistir a P en su suicidio en determinadas circunstancias. Que esa conducta esté permitida en sentido fuerte, quiere decir que excluye la posibilidad de que su contenido opuesto sea debido u obligatorio. Si alguien tiene permiso de asistir el suicidio de otra persona, entonces no tiene el deber de no asistir el suicidio de otra persona.

La relación jurídica configurada por el suicidio asistido incluye la posición de un M y un P. Frente a un sujeto M se encuentra el sujeto P que desea suicidarse. En una situación como la recientemente expuesta, no puede decirse que la persona P que desea suicidarse tiene derecho a que la asistan, pues el derecho es el correlativo de un deber y ya se ha explicado que el privilegio es el opuesto del deber. En otras palabras: la existencia de un permiso fuerte de asistir un suicidio es condición necesaria y suficiente para la inexistencia de un deber de asistir un suicidio. Y, si no hay deber, tampoco habrá un correlativo derecho. En definitiva, la persona que desea suicidarse, P, no tiene derecho a que M no asista su suicidio.

Por último, es importante destacar una consecuencia práctica de esta primera subhipótesis de regulación. Un permiso fuerte de provocar una muerte y/o asistir el suicidio de otra persona es, simplemente, una autorización para hacerlo. Y si el sujeto M, que es titular de ese permiso, se abstiene de realizar la conducta permitida (se abstiene de provocar la muerte o de asistir el suicidio) nada ocurre. Ninguna consecuencia (como una sanción) se sigue de la no realización de una conducta permitida. Esto deja en una posición desmejorada a la persona que desea morir, en atención a que el cumplimiento de su deseo queda en manos del titular de la conducta permitida, M.

(2) La segunda subhipótesis supone reconocer que ni el homicidio ni el auxilio al suicidio son delitos en la legislación de que se trate. De este modo, provocar la muerte de un sujeto y/o asistir su suicidio, sería un permiso débil para un sujeto indeterminado, porque no hay norma alguna que prohíba tales prácticas.

No nos detendremos demasiado en la posibilidad de que practicar una eutanasia sea un permiso débil para un sujeto porque entendemos que en todas las legislaciones modernas existe una prohibición general de matar. Esto implica que, aunque es posible desde un punto de vista teórico que una persona tenga el permiso débil de practicar una eutanasia, esto, no es más que eso, una posibilidad teórica que se vuelve poco interesante al no tener reflejo práctico.

Distinto es el caso del suicidio asistido. Aunque es común que en diferentes legislaciones haya un delito de auxilio al suicidio, también hay países en que tal conducta no es considerada delito y, por ende, no está prohibida. Esto implica que la posibilidad teórica de que un sujeto tenga un permiso débil de auxiliar el suicidio de otro tiene reflejo práctico, cuestión a la que nos referiremos en el apartado 4.

En esta segunda subhipótesis de regulación hay dos consecuencias a destacar. En primer lugar, al no estar regulado el suicidio asistido, no podría determinarse con especificidad quién sería el titular del no-derecho y del permiso. En segundo lugar, el permiso débil de asistir un suicidio implica que la autoridad no se ha pronunciado sobre esa conducta y por ende, tolera su realización o abstención. Y, si cualquier persona que es titular de ese permiso débil, se abstiene de ejecutarla, nada ocurre. Ninguna consecuencia se sigue de la no realización de una conducta permitida. Esto, deja en una posición aún más desmejorada a la persona que desea morir, en atención a que el cumplimiento de su deseo queda en manos cualquier persona.

3.2. Segunda hipótesis de regulación: eutanasia y suicidio asistido como derechos de los pacientes

Una segunda hipótesis de configuración de relaciones respecto de la eutanasia y el suicidio asistido se puede formular teniendo en cuenta el esfuerzo por consagrar auténticos derechos para los pacientes. De este modo, al regular el denominado “derecho a morir” el legislador podría establecer un deber de M de practicar la eutanasia o suicidio asistido, dejando a P, como correlativo, en una posición de derecho.

Veamos primero el caso de la eutanasia. Decir que P tiene derecho a la eutanasia es lo mismo que decir que esa persona tiene derecho a que le provoquen la muerte en determinadas circunstancias. Ahora bien, para que sea apropiado, desde un punto de vista jurídico, afirmar que una persona P tiene derecho a la eutanasia es necesario que otra persona M tenga el deber de provocarle la muerte en tales circunstancias. Es decir, resulta necesario que el legislador haya creado una norma regulativa en virtud de la cual impone a un sujeto M el deber de matar (o provocar la muerte) a quien desee morir (P). Dicho de otro modo: para que una persona P tenga derecho a que le provoquen la muerte (cumpliendo ciertos requisitos), se requiere que otra persona M tenga el deber de provocar la muerte a quienes cumplan con tales requisitos.

En el caso del suicidio asistido, para que sea apropiado, desde un punto de vista jurídico, afirmar que P tiene derecho al suicidio asistido, es necesario que otra persona M tenga el deber de brindarle los medios necesarios para suicidarse (asistirle, proveerle, etc.). El deber de M de asistir el suicidio de P es condición necesaria y suficiente, del correlativo derecho de P a que M

asista su suicidio. En este punto, es importante ser precisos en el contenido del derecho de P: que una persona P tenga derecho al suicidio asistido no quiere decir que otra persona M tenga el deber de provocar su muerte, porque es P quien se provoca su propia muerte. El contenido del derecho en el suicidio asistido no es el mismo que el contenido del derecho a la eutanasia. Lo anterior, porque el contenido del deber de M no es provocar la muerte de P, más bien es brindarle los medios necesarios para que se provoque la muerte a sí mismo.

En el caso del suicidio asistido habría una conjunción de posiciones. P, no solo tendría derecho a que le brinden asistencia en su suicidio, también tendría el permiso (la libertad) de suicidarse. Este permiso, si está regulado en una norma, sería un permiso fuerte. Pero si el legislador no se pronuncia al respecto, podría ser un permiso débil. Recordemos que el contenido de un permiso siempre recae sobre una conducta del mismo sujeto titular de ese permiso, en este caso, de la persona que desea suicidarse. La cuestión es que un suicidio asistido requiere, como su nombre lo dice, de asistencia. Por tanto, para proteger jurídicamente esta hipótesis no es suficiente que quien quiera darse muerte (P) tenga el permiso (débil o fuerte) de hacerlo. Es necesario, además, que otra persona (M) tenga el deber de otorgarle los medios necesarios para llevarlo a cabo.

En definitiva, mediante esta forma de regulación del suicidio asistido, la persona P que desea morir tiene (i) el permiso (débil o fuerte) de suicidarse; y (ii) el derecho a que M le otorgue los medios necesarios para hacerlo. Como opuesto a dicho permiso, nadie tendría derecho a que P no se suicide. Y, como correlativo a dicho derecho, M tiene un deber de otorgarle los medios necesarios para hacerlo.

Concebir jurídicamente la práctica de la eutanasia y de la asistencia al suicidio como deberes tiene la ventaja aumentar la protección de la persona que desea morir. Por eso es que entendemos que se trata de una regulación más fuerte. El cumplimiento del deseo de la persona que desea morir, no quedaría en manos de la voluntad de otra persona. La ley le impondría el deber a otros de cumplir con ese deseo e, incluso, podría establecer una sanción para el caso de su incumplimiento.

Lo anterior, no impide reconocer que contar con un permiso ya sea de provocar una muerte (eutanasia) o entregar los medios necesarios para que una persona se autoprovoque la muerte (suicidio asistido) también es un avance importante en términos de protección jurídica en comparación a los casos de prohibición total donde tales conductas son consideradas delitos. Simplemente queremos destacar el hecho de que las posiciones de derecho y deber entregan una mejor protección jurídica a la persona que desea morir.

4. Eutanasia y suicidio asistido: legislación vigente en el mundo

Ante las dos hipótesis de regulación, nos interesa advertir si ellas pueden ser utilizadas para clasificar las principales regulaciones vigentes actualmente en el mundo. Para ello hemos tomado como referencia aquellos países que cuentan, en conjunto, con regulación de eutanasia y suicidio asistido, dejando fuera del análisis aquellos sistemas donde únicamente se contempla la regulación de una de estas formas de entender el “derecho a morir”.

En primer lugar, nos referiremos a aquellas legislaciones que, según la interpretación que aquí se les da, consagran un permiso para M de practicar una eutanasia y asistir un suicidio respecto de P: Países Bajos, Bélgica y Canadá. En segundo lugar, a aquellas legislaciones que, según la interpretación que aquí se les da, consagran derechos a eutanasia y asistencia en un suicidio para P, mientras que deberes de ejecutarlos para M: España, Nueva Zelanda y Colombia.

4.1. Países Bajos, Canadá y Bélgica: eutanasia y suicidio asistido como libertades para el personal sanitario

Países Bajos, Bélgica y Canadá son considerados países pioneros en el ámbito de la muerte digna. Países Bajos y Bélgica fueron los primeros países en despenalizar la eutanasia y/o suicidio

asistido. Canadá, por su parte, expandirá el acceso a la eutanasia y suicidio asistido a personas con enfermedades mentales⁴¹. A pesar de su buena fama, creemos que no son ejemplos de países con la regulación o protección más fuerte en esta materia.

En Países Bajos se dictó la “*Ley sobre comprobación de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*” en el año 2001. De acuerdo con esta normativa, los médicos podrán atender la petición de un paciente de terminación de su vida o de auxilio al suicidio (artículo 2 números 2, 3 y 4)⁴². En atención a la prohibición general previa que recaía sobre dicha conducta, el capítulo 4 de la misma ley se refiere a las modificaciones de otras normativas y, específicamente en su artículo 20, realiza una modificación del Código Penal⁴³.

Lo que hizo el legislador al introducir la ley fue modificar los artículos 293 y 294 del Código Penal de Países Bajos estableciendo que: (1) quitarle la vida a otra persona, no será punible en el caso de que sea cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado que establece el artículo 2 de la *Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio* y que (2) prestar auxilio a otro para que se suicide o facilitarle los medios necesarios no será punible en el caso de que sea cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado que establece el artículo 2 de la *Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio* (artículo 20 letras A y B). Como se habrá advertido, el primer caso cubre las hipótesis de eutanasia, mientras que el segundo, la de suicidio asistido.

Siguiendo el tenor literal de la ley⁴⁴, se puede comprender que los pacientes no tienen derecho a recibir una eutanasia o asistencia en un suicidio, pues los médicos no tienen ningún deber en este sentido. Lo que hace el legislador por medio de la ley es únicamente despenalizar dos delitos para eximir de responsabilidad a los médicos que ponen fin o ayudan a poner fin a la vida de un paciente en determinadas circunstancias. Los médicos no tienen la obligación de acceder a una petición de eutanasia o suicidio asistido, aunque el paciente cumpla los requisitos que la ley indica. Así, se puede interpretar que la eutanasia y la asistencia al suicidio no son un derecho del paciente, sino que son libertades para el personal sanitario.

Similar es el caso de Canadá. Allí, la “*Ley de asistencia médica para morir C-14*”⁴⁵ reconoció tanto la eutanasia como el suicidio asistido por medio de una modificación al Código Penal⁴⁶. El artículo 222 del Código Penal canadiense se refiere al homicidio y el artículo 227 del mismo texto establece una exención por asistencia médica al morir. Específicamente, se establece que ningún médico o enfermero cometerá homicidio si proporciona a una persona asistencia médica para morir. Por su parte, el artículo 241 del Código Penal canadiense sanciona a quien ayuda a una persona a morir por suicidio, pero el número 2 del mismo artículo establece una exención para los médicos o enfermeros que proporcionan asistencia médica para morir.

En cuanto a las definiciones de dichas conductas, el artículo 241.1 define la asistencia médica para morir como (a) la administración por parte de un médico o enfermero practicante de una sustancia a una persona, a petición suya, que le causa la muerte o (b) la prescripción o suministro por parte de un médico o enfermero practicante de una sustancia a una persona, a petición de esta, para que pueda autoadministrarse la sustancia y, al hacerlo, causar su propia muerte. Como se habrá advertido, la primera hipótesis se refiere a los casos de eutanasia activa, mientras que la segunda a los casos de suicidio asistido.⁴⁷

En definitiva, nuevamente estamos frente a una legislación que puede interpretarse como una que no reconoce un derecho a recibir una práctica eutanásica o asistencia en un suicidio, en tanto los médicos (o enfermeros) no tienen un deber en este sentido. Se puede entender que la

⁴¹ Este motivo de un proyecto de ley (C-39) que recibió la aprobación real y cuya entrada en vigencia será en marzo de 2024. La información se encuentra disponible en las páginas oficiales del “Parliament of Canada”.

⁴² Wet N° 26691, de 2001, Países Bajos.

⁴³ Wetboek van Strafrecht, de 1881, Países Bajos.

⁴⁴ GUASTINI (2018), p. 263.

⁴⁵ Bill C-14, de 2016, Canadá.

⁴⁶ Bill C-46 Criminal Code, de 1985, Canadá.

⁴⁷ Una clasificación sobre este punto respecto de dicha legislación se encuentra a lo largo del trabajo de BURITICÁ-ARANGO Y AGÓN-LÓPEZ (2023), ver Tabla 1.

ley únicamente creó un permiso explícito para autorizar a los médicos (o enfermeros) a ejecutar eutanasias y asistir suicidios. El permiso en cuestión, es una libertad fuerte o positiva que funciona como una excepción a la norma general que impone el deber de no matar a otro o de no auxiliar el suicidio de otro (pues son considerados delitos).

En Bélgica, luego de la dictación de la “*Ley relativa a la eutanasia*”⁴⁸, se reconoció jurídicamente la eutanasia. Conforme al artículo 2 de esa ley, se entiende por eutanasia el acto practicado por un tercero, que pone intencionalmente fin a la vida de una persona a petición suya. Luego, el artículo 3 indica que el médico que practica una eutanasia no comete delito si cumple con ciertos requisitos (como por ejemplo, asegurarse de que la petición sea efectuada de forma voluntaria, razonada y reiterada y que no sea el resultado de presión exterior). Por su parte, también como apartado destacable, encontramos el artículo 14 que indica que las peticiones de eutanasia no son vinculantes para el médico y que ningún médico está obligado a realizar un acto de eutanasia.

Como bien se puede notar, el escenario de libertades para el personal sanitario se reitera en el caso de Bélgica. Sin embargo, hay una diferencia que cabe hacer notar respecto del caso de Países Bajos y Canadá. En Bélgica únicamente se despenalizó la eutanasia, pero nada se dice sobre el auxilio al suicidio. La razón de este hecho es que, a diferencia de Países Bajos y Canadá, el Código Penal belga no castiga el suicidio asistido y por ese motivo no se incluyó en la ley despenalizadora. Una conducta que no es considerada delito, no es preciso que sea recogida en una despenalización⁴⁹.

Lo anterior, tiene como consecuencia que se pueda entender que todas las personas sometidas al sistema jurídico belga tienen un permiso débil de asistir el suicidio de otra persona. A su vez, se puede entender que ninguna persona belga tiene derecho a que no se les asista su suicidio. Como se explicó anteriormente, del que la legislación belga nada diga del suicidio asistido, se sigue que no es posible determinar con especificidad quiénes son los titulares del permiso débil y del correlativo no derecho. Más bien, todas las personas sometidas al sistema belga, son titulares del permiso débil y del correlativo no derecho. Esto implica, a su vez, que el asistencia al suicidio que está débilmente permitida no es únicamente médica⁵⁰.

4.2. España, Nueva Zelanda y Colombia: eutanasia y suicidio asistido como derechos de los pacientes

Dentro de los países que reconocen el “derecho a morir”, las legislaciones de Colombia, España y Nueva Zelanda pueden ser interpretadas como aquellas que establecen una protección fuerte. Lo anterior, porque ponen énfasis en el resguardo de las expectativas y deseos de la persona que desea morir.

Respecto de España, el año 2021 se aprobó la ley que autoriza la eutanasia y el suicidio asistido. Aunque se trata de una “*Ley de regulación de la eutanasia*”⁵¹, también reconoce hipótesis de suicidio asistido. El legislador explícitamente reconoce en los artículos 1 y 3 letra g un derecho a recibir la ayuda necesaria para morir, ya sea provocando la muerte de la persona que desea morir (eutanasia activa), o brindándole los medios necesarios para hacerlo (suicidio asistido). La ley, además, se encarga en su artículo 1 de regular los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, las obligaciones de administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en la ley e indica, en el artículo 11 número 1 que el personal sanitario tiene el deber de realizar la prestación de ayuda a morir con el máximo de cuidado y profesionalidad. Siguiendo el tenor literal de la ley, se puede comprender

⁴⁸ Loi N° 2002009590, de 2002, Bélgica.

⁴⁹ DE MIGUEL Y LÓPEZ (2006), p. 212.

⁵⁰ Es importante reiterar que la legislación belga podría ser interpretada en un sentido diferente. Por ejemplo: si se lleva a cabo una interpretación sistemática y se tiene en cuenta el derecho a la vida de las personas protegido en el artículo 23 de su Constitución, podría concluirse que la asistencia al suicidio no está permitida. La Constitution belge, 1831, Bélgica. Para la noción de interpretación sistemática ver: GUASTINI (2018), pp. 285-294.

⁵¹ Ley Orgánica 3/21, de 2021, España.

que los pacientes tienen derecho a recibir una eutanasia o asistencia en un suicidio, pues los médicos tienen el deber en ejecutarlas.

Es importante destacar en este contexto que la ley española también regula la objeción de conciencia. Según los artículos 3 letra g y 16, se trata del “derecho” individual de los profesionales sanitarios a no atender a aquellas demandas de actuación sanitarias reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones. En este contexto, la objeción de conciencia puede aparecer como una institución que, al menos, provoca dudas respecto de la existencia de un auténtico deber de los médicos de practicar la eutanasia o asistir el suicidio de un paciente que así lo requiera. Si los médicos tienen el deber de practicar una eutanasia o asistir un suicidio, ¿pueden tener el derecho de no practicarlos? Más allá de que una posible decisión interpretativa pueda reconocer la existencia de una incompatibilidad en la ley, nos parece adecuado superar esa posibilidad.

Como se ha explicado, cuando el legislador crea disposiciones normativas, puede ser que utilice de modo indiscriminado términos que se refieren a posiciones jurídicas subjetivas. Este es uno de esos casos. Aunque la ley sobre regulación de la eutanasia en España pretende reconocer literalmente el derecho a la objeción de conciencia, una interpretación conforme (que previene antinomias o incongruencias axiológicas⁵²) de tal disposición permite comprender que se trata más bien de un permiso o una libertad fuerte que funciona como una excepción a la norma general que impone el deber de provocar una muerte o asistir un suicidio.

De este modo, cuando las convicciones de un médico resulten incompatibles con las demandas de prestación sanitarias reguladas en la ley, el médico está autorizado (tiene un permiso) de no cumplir con su deber de provocar la muerte o asistir un el suicidio de que se trate. Esta lectura permite mantener la comprensión de acuerdo con la cual la legislación española consagra un auténtico derecho a la eutanasia y a la asistencia al suicidio y un deber de los médicos de practicar la eutanasia y asistir el suicidio. Refuerza esta interpretación el hecho de que la misma ley, en su artículo 14, se encarga de asegurar que la prestación de ayuda para morir no pueda resultar menoscabada por el ejercicio de la objeción de conciencia⁵³.

Con algunos matices, las mismas posiciones jurídicas subjetivas se pueden encontrar en la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Nueva Zelanda. Allí, la “*Ley de elección sobre el fin de la vida*” comenzó a regir en el año 2021⁵⁴. El propósito de la ley, según el número 1 de las disposiciones preliminares, es dar a las personas que padezcan una enfermedad la opción de solicitar asistencia médica para morir y establecer un proceso legal para ello. Al igual que en el caso español, se reconoce tanto la eutanasia como el suicidio asistido.

Muerte asistida, dice la ley en la primera parte de la disposición preliminar número 4, significa (a) la administración de medicación por parte de un médico o enfermero para aliviar el sufrimiento de una persona acelerando su muerte o (b) la autoadministración por parte de una persona de medicamentos para aliviar su propio sufrimiento acelerando su propia muerte. Es claro, nos parece, que la primera letra se refiere a la eutanasia activa y la segunda al suicidio asistido.

La ley no se refiere explícitamente al derecho a recibir una eutanasia o asistencia en el suicidio. Más bien, habla de la opción de solicitar legalmente asistencia médica (primera parte, número 3; segunda parte números 8, 9, 10, 11, 12, entre otros) y de las personas elegibles (primera parte, números 3, 4, 5; segunda parte números 13, 14, 17, entre otros). Ahora bien, cuando la ley se refiere a la inmunidad de la responsabilidad penal, sí indica explícitamente que las personas elegibles tienen derecho a solicitar ejercer la opción de muerte asistida en virtud de la ley y no comete delito (cuarta parte, número 37). Como hemos ya advertido, este contexto no es un obstáculo para comprender que esta ley reconoce un auténtico derecho a recibir eutanasia

⁵² GUASTINI (2018), pp. 294-298.

⁵³ Interpretamos la legislación española (respecto a la posibilidad de disponer de la propia vida) de modo distinto a Molero. Molero entiende que disponer de la vida propia es una libertad regulada que implica que no puede exigirse a terceros y el Estado más que una actitud pasiva. Nuestra diferencia se explica porque entendemos que dicha legislación puede interpretarse como una legislación que efectivamente consagró la eutanasia y la asistencia al suicidio como auténticos derechos subjetivos. Ver MOLERO (2021), pp. 310-318.

⁵⁴ Bill N° 269-3, de 2019, Nueva Zelanda.

o asistencia en un suicidio. A favor de esta interpretación se puede esgrimir que la ley se refiere explícitamente al deber del médico tratante de llevar a cabo estas prácticas.

Una vez que se han cumplido todas las formalidades que requiere la ley, el médico tratante o el enfermero debe proporcionar el medicamento a la persona para su autoadministración o directamente administrar el medicamento (segunda parte, número 20 (4) (a) y (b)). Si esto es así, la persona en cuestión tiene el derecho a que el médico tratante o el enfermero le proporcionen el medicamento para su autoadministración o se lo administren directamente.

Al igual que en España, la “*Ley de elección sobre el final de la vida*” regula la objeción de conciencia. Nuevamente, ella puede ser entendida como un permiso fuerte que funciona como una excepción a una norma que impone un deber general. La ley indica explícitamente en el número 8 de su segunda parte que el profesional de la salud no tiene la obligación de ayudar a ninguna persona que desee ejercer la opción de recibir muerte asistida si el profesional tiene una objeción de conciencia para brindar la asistencia de la persona. Teniendo esto en cuenta (y haciendo una interpretación sistemática de la ley⁵⁵) se puede entender que el profesional de la salud tiene la obligación de ayudar a la persona que desea morir a ejercer su opción de recibir la muerte asistida, salvo que sea un objetor de conciencia. No es que el médico no tenga el deber de prestar ayuda; únicamente no lo tiene en caso de ser objetor de conciencia. Solo en tal caso, el médico no tiene tal obligación, es liberado de ella, tiene autorización de no cumplir con su deber.

Se puede esgrimir un último argumento en favor de esta interpretación. Aunque la ley reconoce la objeción de conciencia, es posible entender que ella no puede ser un impedimento para que la persona elegible tenga la opción de recibir asistencia en su muerte (ejercer su derecho a recibir una eutanasia o asistencia en su suicidio). Esto, porque en el caso de que el médico tratante de la persona elegible sea objetor de conciencia, la persona tiene derecho a solicitar al Grupo SCENZ⁵⁶ el nombre y los datos de contacto de un médico sustituto (segunda parte, número 9 (3)).

En último lugar encontramos el caso de Colombia, donde la situación es algo distinta de la porque el “derecho a morir dignamente” fue reconocido por la Corte Constitucional y regulado por una resolución del Ministerio de Salud. Sin embargo, a pesar de que la Corte ha exhortado en dos ocasiones (1997 y 2014) al Congreso para que regule el tema de la muerte digna, el legislador no ha dictado una ley sobre el tema⁵⁷.

Mientras el Congreso regula la materia, la Corte estableció los presupuestos para hacer efectivo el “derecho a morir dignamente” en la Sentencia T-970 de 2014. Allí, lo primero que hace la Corte es reconocer que el procedimiento para garantizar el derecho a morir dignamente puede ser múltiple. En algunos casos, por ejemplo, la fórmula no será la eutanasia, sino que otra que se ajuste a la voluntad del paciente⁵⁸. Con estas palabras, la Corte deja abierta la posibilidad de que el derecho a morir sea comprendido como un derecho a la eutanasia (activa o pasiva) y, también, como un derecho a recibir asistencia en un suicidio⁵⁹. Además, la Corte dice explícitamente que los médicos y los prestadores de salud en general, son los principales obligados respecto de la aplicación de los procedimientos orientados a hacer efectiva la voluntad de ejercer el derecho a morir dignamente⁶⁰. Todo lo anterior se condice con el lenguaje empleado en la Resolución N° 1216 del Ministerio de Salud y Protección social⁶¹, que incluye en

⁵⁵ Además del tenor literal de la disposición, también consideramos el lugar que ocupa la disposición en cuestión en el discurso legislativo. Ver GUASTINI (2018), pp. 263-264 y pp. 291-292.

⁵⁶ Se trata de un grupo que tiene, entre otras funciones, las de (1) hacer y mantener una lista de médicos que estén dispuestos a actuar por los fines de la ley en cuestión; (2) proporcionar un nombre y detalles de contacto de la lista en cuestión cuando la ley requiera el uso de un médico de reemplazo; hacer y mantener una lista de profesionales de la salud que estén dispuestos a actuar como psiquiatras para los fines de esta ley; entre otros (tercera parte, número 25).

⁵⁷ Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239 de 1997; Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970 de 2014.

⁵⁸ Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970 de 2014. Ver 7.2.1.

⁵⁹ Creemos que el hecho de que en Colombia el homicidio por piedad sea un delito (artículo 106), no obsta a que se pueda interpretar de este modo. Código Penal, 2000, Colombia.

⁶⁰ Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970 de 2014. Ver 7.2.11.

⁶¹ Resolución N° 1216, de 2015, Colombia.

reiteradas ocasiones el “derecho a morir con dignidad” o al “derecho fundamental a morir con dignidad” (artículos 1, 3, 4, 5, 9 parágrafo 2, 15, 16) y que se refiere al médico que debe practicar el procedimiento que anticipa la muerte en forma digna en un enfermo terminal (artículo 7.2)⁶².

En este punto, interesa hacer una aclaración: mientras los médicos serían los obligados a aplicar los procedimientos para provocar la muerte de una persona o para asistirle en un suicidio, el contenido del deber de las Instituciones Prestadoras de Salud es distinto. Tales instituciones y, más precisamente, los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a morir con Dignidad que estarán habilitados en tales instituciones, tienen, entre otros, el deber de (1) vigilar que el procedimiento se realice cuando la persona lo indique o dentro de los quince días calendario siguientes al momento de que el paciente reiteró su decisión; (2) vigilar y ser garante de que todo el procedimiento para morir con dignidad se desarrolle respetando los términos de la sentencia T-970 de 2014 y que se garantice la imparcialidad de quienes intervienen en el proceso (artículo 7 números 4 y 5).

Respecto de la objeción de conciencia, la Corte reconoce que los médicos pueden tener convicciones personales que se opongan al cumplimiento de este deber. Señala que tales convicciones no pueden constituir un obstáculo para la plena vigencia de los derechos fundamentales del paciente. Si esto ocurre, deberá reasignarse otro profesional de la salud para que se realice el procedimiento⁶³. En el mismo sentido, la Resolución N° 1216 del Ministerio de Salud y Protección Social señala que la objeción de conciencia solo es predicable de los médicos encargados de intervenir en el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Tal objeción tiene que ser formulada por escrito y estar debidamente motivada, en cuyo caso el comité ordenará a la IPS para que dentro de 24 horas siguientes reasigne otro médico (artículo 18 y artículo 7.2). Nuevamente, es posible interpretar la objeción de conciencia como un permiso fuerte que funciona como una excepción a una norma que impone un deber general.

5. Conclusión

Lo expuesto hasta aquí da cuenta que el llamado “derecho a morir dignamente” entendido como un “derecho” a la eutanasia y/o al suicidio asistido puede ser regulado por distintos sistemas jurídicos con diferentes grados de intensidad y poniendo el énfasis, o bien en el personal sanitario, o bien en los pacientes.

Cuando dicha regulación se enfoca en la práctica del personal sanitario, se establecen libertades que operan como excepciones a la potencial responsabilidad de cometer un acto ilícito. Esto es lo que, según la interpretación que aquí se ha dado, ocurre en Países Bajos, Canadá y Bélgica. En estos casos, las expectativas de los pacientes quedan sujetas a la voluntad del personal sanitario y no habría un auténtico “derecho a morir dignamente”. Se trata de situaciones de protección de menor intensidad que dan valor a los intereses de los pacientes, pero que, desde el punto de vista normativo, no se acompaña de deber alguno por parte de los prestadores.

Por otro lado, cuando dicha regulación se enfoca en las expectativas y anhelos de los pacientes, se establecen derechos para los mismos, de modo que el personal sanitario queda obligado a cumplir con ellos. Esto es lo que, según la interpretación que aquí se ha dado, ocurre en España, Nueva Zelanda y Colombia. Son casos de protección de mayor intensidad donde las normas establecen relaciones que enlazan auténticas obligaciones para los prestadores.

⁶² El Ministerio de Salud y Protección Social ya ha dictado tres resoluciones que se refieren a la materia. La ya citada Resolución N° 1216 de 2015 tiene por objeto entregar directrices para la conformación y funcionamiento de los comités científico-interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad (artículo 1); la Resolución N° 4006 de 2016 tiene por objeto crear el comité interno del ministerio de salud y protección social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad; por último, la Resolución N° 825 del año 2018 tiene por objeto regular el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes (artículo 1).

⁶³ Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-970 de 2014. Ver 7.2.11.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AGUAYO, PABLO (2020): “Lo realmente importante no es vivir, sino vivir bien. Una discusión sobre eutanasia, autonomía y autorrespeto”, en: *Acta Bioethica* (Vol. 26, N° 1), pp. 9-16.
- ALCHOURRÓN, CARLOS Y BULYGIN, EUGENIO (1975): *Introducción a la metodología de las ciencias jurídicas y sociales* (Buenos Aires, Astrea).
- ALCHOURRÓN, CARLOS Y BULYGIN, EUGENIO (1991a): “Permisos y normas permisivas”, en: Alchourrón, Carlos y Bulygin, Eugenio (autores), *Análisis lógico y derecho* (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales), pp. 215-238.
- ALCHOURRÓN, CARLOS Y BULYGIN, EUGENIO (1991b): “Definiciones y normas”, en: Alchourrón, Carlos y Bulygin, Eugenio (autores), *Análisis lógico y derecho* (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales), pp. 439-463.
- ARRIAGADA, MARÍA BEATRIZ (2015): “Las Cortes Constitucionales frente a los «Derechos civiles y políticos». Una mirada desde la teoría analítica del derecho”, en: *Revista Española de Derecho Constitucional* (N° 105), pp. 105-136.
- ARRIAGADA, MARÍA BEATRIZ (2018): “Fundamentalidad, interdefinibilidad y circularidad. Tres tesis sobre Hohfeld bajo discusión”, en: *Revus* (N° 35). Disponible online en: <https://journals.openedition.org/revus/4095?lang=hr> [visitado el 4 de junio de 2023].
- ARRIAGADA, MARÍA BEATRIZ (2020): “Inmunidades fuertes y débiles: el imperio contraataca”, en: *Revista de Derecho* (Valdivia) (Vol. XXXIII, N° 1), pp. 9-29.
- ARRIAGADA, MARÍA BEATRIZ (2022a): “Los derechos y los deberes bajo la lupa de Alf Ross. La defensa de una teoría analítica de las normas jurídicas”, en: Fernández, Miguel (Ed.) *Materiales para una teoría de los derechos. Ensayos de filosofía analítica* (Madrid, Marcial Pons), pp. 95-144.
- ARRIAGADA, MARÍA BEATRIZ (2022b): “Normas regulativas y normas constitutivas en el derecho. Ontología, interpretación y cultura jurídica”, en: *Doxa* (N° 45), pp. 377-410
- ATIENZA, MANUEL Y RUIZ, JUAN (1996): *Las piezas del derecho* (Barcelona, Ariel).
- BLANCO, LUIS (1997): *Muerte digna, consideraciones bioético-jurídicas* (Buenos Aires, Ad Hoc).
- BULYGIN, EUGENIO (1991a): “Sobre la regla de reconocimiento”, en: Alchourrón, Carlos y Bulygin, Eugenio (autores), *Análisis lógico y derecho* (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales), pp. 383-391.
- BULYGIN, EUGENIO (1991b): “Sobre las normas de competencia”, en: Alchourrón, Carlos y Bulygin, Eugenio (autores), *Análisis lógico y derecho* (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales), pp. 485-498.
- BULYGIN, EUGENIO (2010): “Sobre la equivalencia pragmática entre permiso y no prohibición”, en: *Revista Doxa* (N° 33), pp. 283-296.
- BURITICÁ-ARANGO, ESTEBAN Y AGÓN-LÓPEZ, JUAN (2023): “Eutanasia y suicidio asistido: un análisis de derecho comparado”, en: *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* (N° 164).
- CASABONA, CARLOS MARÍA ROMEO (1994): *El derecho y la biotética ante los límites de la vida humana* (Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces).
- CALSAMIGLIA, ALBERT (1993): “Sobre la eutanasia”, en: *Doxa* (N° 14), pp. 337-358.
- DE MIGUEL, CRISTINA Y LÓPEZ, ALEJANDRO (2006): “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia”, en: *Medicina Paliativa* (Vol. 13, N° 4), pp. 207-2015.
- DWORKIN, RONALD (1989): *Los derechos en serio* (Barcelona, Ariel).

- DWORKIN, RONALD (1994): *El dominio de la vida: una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual* (Barcelona, Ariel).
- ECHAVE, DELIA; URQUIJO, MARÍA Y GUIBOURG, RICARDO (2008): *Lógica, proposición y norma* (Buenos Aires, Astrea).
- FIGUEROA, RODOLFO (2011): "Matar, dejar morir y eutanasia en el proyecto de ley sobre derechos de las personas y en la doctrina chilena", en: *Revista médica de Chile* (Vol. 139, N° 5), pp. 655-659.
- GUASTINI, RICCARDO (2001): "Cinco observaciones sobre validez y derogación", en: *Discusiones* (Vol. 2), pp. 59-63.
- GUASTINI, RICCARDO (2014): *Otras distinciones* (Bogotá, Universidad del Externado de Colombia)
- GUASTINI, RICCARDO (2018): *Interpretar y argumentar* (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales).
- HACKER, PETER (1996): *Wittgenstein's place in twentieth-century analytic philosophy* (Oxford, Blackwell).
- HALPIN, ANDREW (1958): "Hohfeld's conceptions: From eight to two", en: *The Cambridge Journal* (Vol. 44, N° 3), pp. 435-457.
- HART, HERBERT (2012): *El concepto de derecho*, 3ª edición (Buenos Aires, Abeledo Perrot).
- HOHFELD, WESLEY (1991): *Conceptos jurídicos fundamentales* (México D.F, Fontamara).
- KELSEN, HANS (1991): *Teoría pura del derecho*, 2ª edición (México D.F, Porrúa).
- KELSEN, HANS (1981): *Teoría general del derecho y del estado* (México D. F, UNAM).
- KEOWN, JOHN (2004): *Euthanasia, ethics and public policy. An argument against legalisation.* (Cambridge, Cambridge University Press)
- KUHSE, HELGA (2004): "La eutanasia", en: Singer, Peter (Ed.) *Compendio de ética* (Madrid, Alianza), pp. 405-416.
- LEMUS, SERGIO; HAMUI, ALICIA; IXTLA, MINVERVA Y PAULO, ALFREDO (2017): "Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud", en: *Revista Conamed* (Vol. 22, N° 2), pp. 98-103.
- MIRANDA, ALEJANDRO (2012): "Eutanasia, suicidio asistido y principio del doble efecto. Réplica al profesor Rodolfo Figueroa", en: *Revista médica de Chile* (Vol. 140), pp. 261-265.
- MOLERO, MARÍA (2021): "La decisión de morir, ¿libertad o derecho? Una perspectiva desde el ámbito español", en: *Estudios Constitucionales* (Vol. 19, N° 2), pp. 297-324.
- MORESO, JOSÉ Y VILAJOSANA, JOSEP (2004): *Introducción a la teoría del derecho* (Madrid, Marcial Pons).
- NAVARRO, LORETO (2016): *Eutanasia y suicidio asistido: ¿derechos o libertades? Ponencia presentada en Jornadas Nacionales de Filosofía del Derecho organizadas por la Sociedad Chilena de Filosofía Jurídica y Social en la Facultad de Derecho de la Universidad Austral de Chile* (Valdivia, Chile).
- RODRÍGUEZ, JORGE (2021): *Teoría analítica del derecho* (Madrid, Marcial Pons).
- RODRÍGUEZ, RÓMULO (2001): "Eutanasia: aspectos éticos controversiales", en: *Revista Médica Herediana* (Vol. 12, N° 1), pp. 32-36.
- ROSS, ALF (2005): *Sobre el derecho y la justicia* (Buenos Aires, Eudeba).
- ROSS, ALF (2000): *Lógica de las normas* (Granada, Colmares).
- SEARLE, JOHN (2007): *Actos de habla. Ensayo de filosofía del lenguaje* (Madrid, Cátedra).

- SINGER, PETER (1995): *Ética Práctica* (Cambridge, Cambridge University Press).
- SPAEMANN, ROBERT (2007): “¿Matar, o dejar morir?”, en: *Cuadernos de Bioética* (Vol. XVIII, N° 1), pp. 107-116.
- STRAWSON, PETER (1997): *Análisis y metafísica* (Barcelona, Paidós).
- TABOADA, PAULINA (2000): “El derecho a morir con dignidad”, en: *Acta Bioethica* (Vol. VI, N° 1), pp. 91-101.
- TARELLO, GIOVANNI (2013): *La interpretación de la ley* (Lima, Palestra).
- TUGENDHAT, ERNST (1997): “El problema de la eutanasia”, en: *Revista de Filosofía* (N° 90), pp. 123-135.
- VILLEGAS, DIEGO (2022): “Normas regulativas y normas constitutivas. Una revisión metateórica de la distinción”, en: *Ideas y Valores* (Vol. 71, N° 179), pp. 117-135.
- VON WRIGHT, GEORGE (2019): *Norma y acción. Una investigación lógica* (Santiago, Olejnik).
- ZÚÑIGA, ALEJANDRA (2008): “Derechos del paciente y eutanasia en Chile”, en: *Revista de Derecho* (Valdivia) (Vol. XXI, N° 2), pp. 111-130.

JURISPRUDENCIA CITADA

- Sentencia C-239 de 1997, Corte Constitucional de Colombia, M.P. Carlos Gaviria Díaz.
- Sentencia T-970 de 2014, Corte Constitucional de Colombia, M.P. Luis Vargas Silva.

NORMAS JURÍDICAS CITADAS

- Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). House of Commons website, 17 de junio de 2016.
- Bill C-46, Criminal Code. Canada Gazette, 1 de enero de 1985.
- Bill N° 269-3, End of Life Choice Bill. New Zealand Parliamentary Counsel Office, 15 de noviembre de 2019.
- Wetboek van Strafrecht. Staatsblad zal worden geplaatst, 3 de marzo de 1881.
- La Constitution belge. 7 de febrero de 1831.
- Ley 599 de 2000, Código Penal Colombiano. Diario Oficial de Colombia, 24 de julio de 2000.
- Ley Orgánica 3/21, Ley de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado de España, 25 de marzo de 2021.
- Loi N° 2002009590, Loi relative à l'euthanasie. Moniteur Belge, 22 de junio de 2002.
- Resolución N° 825, Por medio del cual se reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes. Diario Oficial de Colombia, 9 de marzo de 2018.
- Resolución N° 4006, Por medio del cual se crea el Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, se regula su funcionamiento y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial de Colombia, 2 de septiembre de 2016.
- Resolución N° 1216, Por medio de la cual se da cumplimiento a la Sentencia T-940 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y

funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Diario Oficial de Colombia, 20 de abril de 2015.

Wet N° 26691, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Officiële bekendmakingen, 12 de abril de 2001.