ARTÍCULO ORIGINAL

Gac Méd Caracas 2026;134(Supl 3):S822-S834
DOI: 10.47307/GMC.2026.134.s3.13

El morir dignamente y eutanasia

Dying with dignity and euthanasia

María Antonia Lombardi[1a*], Elizabeth Piña de V.[2b]

RESUMEN

Se examina el proceso del final de la vida desde una perspectiva bioética, antropológica y legal, con énfasis en el resguardo de la dignidad humana ante la muerte. Se plantea que la enfermedad puede actuar como un agravio biográfico capaz de derivar en minusvalía, anulación o muerte biográfica (social y neocortical). El sufrimiento intolerable resultante impulsa la búsqueda de una muerte digna, basada en la autonomía y la autodeterminación del paciente. Además, se define la «buena muerte» y se la distingue como una acción deliberada y compasiva dirigida a enfermos terminales. Se delimitan las diferencias éticas entre la eutanasia activa (la terminación intencional de la vida a petición expresa del paciente) y la limitación de medidas terapéuticas (u ortotanasia), orientada a evitar la obstinación terapéutica o distanasia. Asimismo, se expone un análisis de derecho comparado que abarca los marcos regulatorios de Europa occidental (Holanda, Bélgica, Luxemburgo, España, Suiza y Alemania) y los modelos de Oceanía y de América. Se destaca el liderazgo de Colombia, que extiende este derecho fundamental a menores de edad, la recién despenalización en Ecuador (2024) y las restricciones absolutas vigentes en Chile y Venezuela, donde solo se valida legalmente el rechazo del soporte vital artificial. Finalmente, se analiza como dilema bioético central: el conflicto entre el principio de autonomía del paciente y el deber de beneficencia y no maleficencia del equipo de salud. Se concluye que debe preservarse un equilibrio moral que respete tanto las decisiones informadas del enfermo como el derecho del profesional médico a la objeción de conciencia.

Palabras clave: *autonomía, bioética, eutanasia, ortotanasia, sufrimiento*

SUMMARY

The end-of-life process is examined from a bioethical, anthropological, and legal perspective, focusing on the rescue of human dignity in the face of death. It is argued that illness can act as a biographical grievance capable of leading to impairment, annulment, or biographical death (both social and neocortical). The resulting intolerable suffering drives the search for a dignified death based on patient autonomy and self-determination; furthermore, a "good death" is defined and distinguished as a deliberate and compassionate action for terminally ill patients. The ethical differences between active euthanasia (the intentional termination of life at the express request of the patient) and the limitation of therapeutic measures (or orthothanasia), aimed at avoiding therapeutic obstinacy or dysthanasia, are defined. Likewise, the article presents a comparative law analysis covering regulatory frameworks in Western Europe (the Netherlands, Belgium, Luxembourg, Spain,

ORCID:
[1] 0000-0002-3862-4156
[2] 0000-0002-2232-0094

***Autor de correspondencia**: María Antonia Lombardi.
E-mail: malombardi2@gmail.com

Recibido: 31 de julio 2026
Aceptado: 10 de septiembre 2026

Keywords: *caregiver rights, ethics of care, justice, 21st century pathology, loneliness and solitude*

a. Médico Cirujano. Especialista en Psiquiatría. MSc. en Bioética. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Caracas -Venezuela
b. Enfermera. Especialista en Medicina Crítica Pediátrica. MSc. en Bioética. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Switzerland, and Germany) and models in Oceania and the Americas. The leadership of Colombia is highlighted, as it extends this fundamental right to minors, alongside the recent decriminalization in Ecuador (2024) and the absolute restrictions in force in Chile and Venezuela, where only the refusal of artificial life support is legally validated. Finally, the article analyzes the central bioethical dilemma: the conflict between the principle of patient autonomy and the healthcare team's duty of beneficence and non-maleficence. It is concluded that a moral balance must be preserved to respect both the patient's informed decisions and the medical professional's right to conscientious objection.

Keywords*: autonomy, bioethics, euthanasia, orthothanasia, suffering*

INTRODUCCIÓN

No se puede reflexionar sobre el final de la vida, como el último instante de un tránsito, sin preguntarse acerca de la vida: ese proceso lleno de experiencias personales únicas e irrepetibles, producto de lo sociocultural que nos ha rodeado desde siempre. Estas experiencias personales nos vienen dadas por el mero hecho de ser personas, dentro de un contexto social que diferencia a sujetos de la misma naturaleza, de la misma especie y del mismo género, que son iguales pero diferentes (1).

Por ser "personas", iguales y diferentes, tenemos una representación particular y subjetiva de como pensamos, sentimos y deseamos que sea ese tránsito hacia la muerte. La experiencia de morir se hace única e irrepetible, con significados propios, integrados a lo largo de toda la vida. Este proceso es producto de la interpretación psicológica de cada uno, lo que le da sentido y validez a la vida misma y, por tanto, a la muerte (2).

La persona humana es merecedora de respeto por el mero hecho de ser digna; ha de ser tratada siempre como un fin y nunca como un medio. Para Santo Tomás, tan solo por el hecho de ser persona, es "el ser más perfecto que hay en la naturaleza". Por ello, al hablar de la dignidad de la persona, nos referimos al valor intrínseco y propio que posee el ser humano por la sola condición de ser hombre (1).

El concepto de la muerte, en lo personal, responde a la concepción del mundo, que no es otra cosa que el sentido de la vida (3). En el periodo histórico posmoderno, que inicia en la segunda mitad del siglo XX, la concepción de la vida se fundamenta en el individualismo personal; el pasado y el futuro pierden sentido, y lo inmediato es la única sensación importante. Hay un marcado culto al cuerpo y a la libertad personal. Lo catastrófico nos acompaña constantemente; a la luz de los grandes desastres naturales ocasionados por el hombre, se dedica mucho tiempo al cuidado del ambiente, al cambio climático, como trascendencia del quehacer diario. Así, el hombre basa su existencia en el relativismo y en la pluralidad de opciones; lo subjetivo impregna la mirada sobre la realidad de cada persona (4).

Es justamente ante esta mirada individual, subjetiva y relativa, orientada a la búsqueda de la libertad personal, como se llega al final de la vida, con experiencias personales, pudiéndose percibir la muerte como la desintegración física, el aislamiento social, la tristeza de vivir en determinadas condiciones o el miedo a la muerte. De esta manera, la muerte social puede ocurrir antes de la muerte física, y la muerte espiritual, antes de la muerte del alma (5).

El hombre es el único animal capaz de reconocer su finitud; por ello, la muerte no es un acontecimiento puntual de aparición brusca, sino un proceso, un paso a paso que, tarde o temprano, llega a su final. Es un proceso personal y constante, estrechamente relacionado con las creencias y los valores propios. San Agustín señala que la muerte no viene desde fuera, sino que crece y madura en la vida del hombre mortal (6). Este proceso de morir se relaciona con el tipo de enfermedad, el momento en que se presenta, la personalidad del enfermo y la forma en que la persona que la padece la interpreta, tanto a nivel colectivo como a nivel individual (1,7).

Como lo plantea Laín Entralgo, citado por Castillo Valery (1), «vivir humanamente es proyectar». Es por ello que la vida y la

muerte están rodeadas de múltiples significados personales que van a teñir la existencia misma; por ello, la enfermedad se percibe como un agravio biográfico.

La persona tiene conciencia y posee el conocimiento de su propia presencia como ser humano, de sus estados y de sus actos, logrando desarrollar su proyecto de vida con libre albedrío y autodeterminación, en el que la enfermedad forma parte del proyecto. Ella puede ser aguda o crónica, grave o terminal, en cuyo caso la muerte es inminente en un tiempo muy breve (1).

La enfermedad, como agravio biográfico, es algo que altera, trastoca o concluye el proyecto de vida. Puede presentarse de tres formas: a) la minusvalía biográfica, b) la anulación biográfica y c) la muerte biográfica.

La minusvalía biográfica se refiere a los cambios de rumbo en la trayectoria del proyecto vital que disminuyen la libertad en algunos procesos de manera selectiva. Esta puede llegar de forma natural, como sucede con la vejez, o puede ser advertida por terceros, como la familia o el médico, quienes deciden informarlo. Esto exige repensar el rumbo vital y ajustar el plan de vida para adaptarlo. La minusvalía puede ser permanente o transitoria, según el tipo de enfermedad (1,7,8). Ejemplos de ello son las consecuencias de algún evento patológico, transitorio o permanente que, durante la vigencia de la discapacidad, requieren ajustes. Un ejemplo de minusvalía biográfica permanente sería el de un músico que se ve afectado en su audición.

La anulación biográfica se presenta como consecuencia de la enfermedad; la persona se ve forzada a permanecer en su hogar y a perder la capacidad de trabajar y la independencia. Sin alterar sus capacidades intelectuales, pierde algunas habilidades particulares y no puede llevar su vida como antes. No es dependiente del todo; son etapas fluctuantes en las que consiguen buenos momentos, mientras que en otros casos solo pueden estar en cama. Estos enfermos, por lo general, logran cambiar sus actividades y seguir siendo productivos, por lo que pueden escribir, asesorar e incluso cambiar de trabajo (1, 7), pero, en general, en acciones de menor complejidad, muchas veces restringidas a la familia y al hogar; un ejemplo de ello puede darse en un paciente con un ictus que, aunque afecte algunas de sus funciones, no lo incapacita totalmente.

Por otra parte, la muerte biográfica es la invalidez irreversible con la cancelación del proyecto vital, debido a la afectación de las funciones intelectuales superiores; la persona es totalmente dependiente del mantenimiento de las funciones fisiológicas necesarias para la supervivencia humana. Para estos enfermos lo más importante es proveerles el mayor confort y comodidad posibles. La muerte biográfica también se denomina muerte social o muerte neocortical (1,7,8); así ocurre en los pacientes con Alzheimer.

Como se mencionó anteriormente, la experiencia durante la enfermedad es individual y particular, al igual que la muerte. Freud (9) señala que el ser humano no tiene representación mental de la muerte, ya que no ha muerto; por ello, la muerte es la representación personal de la soledad, de la incapacidad o del sufrimiento, basada en creencias y valores personales.

Es esta percepción individual de la muerte lo que conduce a un sufrimiento insoportable para la persona, a ese estado de aflicción severa asociado a los acontecimientos que amenazan su integridad. El sufrimiento exige una conciencia de sí mismo, con el reconocimiento de las emociones implícitas con efecto en las relaciones personales y en el cuerpo (10). Este sufrimiento es de origen psicológico y se debe a la reacción personal, no a la realidad de los hechos tal como ocurren. El sufrimiento es producto de la interpretación, en la que se arraigan, entre otros, el deseo, la exigencia, los prejuicios y los miedos (11).

El sufrimiento psicológico se manifiesta a través de la ansiedad, la depresión, las reacciones de duelo y el estrés, entre otros; son estos factores psicológicos los que precipitan, mantienen y agravan las patologías de índole física, aumentando el deseo de una muerte digna, sin sufrimiento, de acuerdo con las propias creencias y valores. Estas vivencias de sufrimiento intolerable durante el proceso de enfermedad son las que motivan

la solicitud de una muerte libre de dolor y sufrimiento, sin más reflexión ni explicación que la propia definición de una vida digna, que ha de llevar a una muerte digna (11).

Muerte con dignidad

El deseo de una muerte digna nace de la necesidad humana de ejercer libremente la propia autonomía. Sin embargo, visualizar la cercanía del final no siempre se acompaña de una aceptación interior inmediata. Este proceso de adaptación es un camino complejo que suele transitar por etapas como la negación, la negociación, la crisis, la resignación y, finalmente, la aceptación (5,12); un orden que varía según cada individuo y cuya resistencia se convierte en la fuente de mayor sufrimiento. Después de todo, la muerte no es un acto meramente médico ni científico, sino un acontecimiento personal, cultural y espiritual, alineado con los valores y creencias de cada persona (13).

Para honrar esta dimensión humana, Castillo Valery (1) señala que las condiciones indispensables para una muerte digna incluyen el logro de buenas condiciones higiénicas y de cuidados generales, la ausencia de dolor y el menor sufrimiento posible, y el acompañamiento basado en el respeto y la compasión. Asimismo, se requieren interlocutores válidos para abordar los temas de preferencia del paciente, la ayuda espiritual de su elección, la paz con sus seres queridos y la estricta evitación de la exageración terapéutica.

No obstante, la realidad actual contrasta con estos principios. Anteriormente, las personas morían en su hogar, rodeadas de su familia, con atención religiosa y participando en las decisiones importantes sobre su propio desenlace. Hoy en día, más del 80 % de las muertes ocurren en entornos hospitalarios (14). En estos espacios, el uso desmedido de recursos tecnocientíficos con la intención absoluta de salvar la vida puede derivar en la prolongación artificial del acto de morir. Este fenómeno, conocido como encarnizamiento terapéutico o distanasia, no solo carece de beneficios reales para el enfermo terminal, sino que multiplica el dolor y el sufrimiento de la persona y de su familia, además de implicar un costo económico excesivo e inadmisible (14,15).

Frente a este panorama, resulta indispensable esclarecer los términos que delimitan el proceso de morir para orientar la práctica médica hacia la ortotanasia, entendida como el morir bien, correctamente y humanamente. Buscar la ortotanasia implica proteger al paciente de extremos deshumanizantes como la distanasia y la mistanasia; esta última, definida como una muerte miserable, precoz y evitable, se caracteriza por la ausencia total de calidad de vida (16). El gran desafío bioético actual radica, por lo tanto, en rescatar la dignidad del ser humano en su proceso de muerte, asumiendo un compromiso firme con la promoción del bienestar integral de la persona en fase terminal, libre de sufrimientos añadidos y en compañía de los suyos (15).

Eutanasia

El término eutanasia, analizado desde su interpretación estrictamente etimológica, proviene del griego *eu* (bueno) y *thánatos* (muerte), lo que sugiere, conceptualmente, una “buena muerte” (17). Más allá de esta raíz, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (18) la define institucionalmente como la acción deliberada que realiza una persona con el único fin de provocar una muerte indolora para aliviar el sufrimiento de un enfermo terminal próximo a fallecer. Bajo esta premisa, se entiende como un acto estrictamente compasivo, exento de intereses mezquinos o económicos, cuyo propósito general es brindar un desenlace rápido y sin dolor a quien padece una enfermedad irreversible y que lo ha solicitado reiteradamente.

Para que este procedimiento sea bioéticamente válido, se consideran indispensables las condiciones establecidas por el marco institucional, las cuales exigen: 1) que el paciente se encuentre en una situación médica irreversible, 2) que exista una petición expresa, reiterada y libre de coacción por parte de la persona, 3) que el acto sea ejecutado por un profesional de la salud, y 4) que se realice

mediante la administración de medicación por vía intravenosa, cuyo fin exclusivo sea producir el deceso del enfermo terminal (18,19).

Es bajo este amparo técnico e institucional que el ser humano contemporáneo fundamenta su decisión. En una sociedad actual caracterizada por la construcción de significados individuales y el culto al cuerpo, el deseo de no padecer un sufrimiento insoportable impulsa la solicitud de este procedimiento. De este modo, la opción de recurrir a la eutanasia se sustenta firmemente en el derecho a la autonomía y en la valoración de una muerte en condiciones particulares elegidas por el propio individuo (20).

Historia de la eutanasia

Haciendo un recuento histórico de la eutanasia, encontramos que ésta ha sido un problema persistente en la humanidad; las respuestas a esta situación siempre se han visto influidas por las ideologías de cada época.

Desde el punto de vista de las religiones judeocristianas, la eutanasia no es aceptada ya que la vida es sagrada y es dada por Dios, por lo que no se puede disponer de ella; de allí la normativa universal de no matar. A esto se le debe sumar el valor que estas religiones otorgan al sufrimiento y a la solidaridad con los enfermos, por lo cual la eutanasia deja de tener sentido (21). Por otro lado, en las corrientes religiosas distintas de las judeocristianas se solicita con mayor naturalidad. En ellas, el sufrimiento deja de tener sentido y se valora la autonomía y la libertad de la persona (20).

En la antigua Grecia, la eutanasia no representaba un problema moral; la concepción de la vida era diferente: una mala vida no era digna de ser vivida y, por tanto, ni el eugenismo ni la eutanasia preocupaban a las personas. No obstante, Hipócrates representa una excepción: prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio, como se evidencia en el juramento hipocrático: “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia” (5,20).

Durante la Edad Media, con la incorporación de las creencias religiosas cristianas, la eutanasia, el suicidio y el aborto se consideraban “pecados”; la persona no podía disponer libremente de la vida dada por Dios, por lo que existían otros puntos de vista sobre la muerte y el acto de morir (5, 21).

La llegada de la modernidad permite conocer y discutir las ideas de la antigüedad clásica. La salud se alcanza con el apoyo de la técnica, las ciencias naturales y la medicina. De esta manera, se retoma el planteamiento de la eutanasia, pues el deseo del enfermo constituye un requisito decisivo. La eutanasia no puede tener lugar contra la voluntad del enfermo y sin información clara, tal como planteó el filósofo inglés Francis Bacon en 1623 (5, 21).

En opinión de Collado y col. (21), hay en este periodo tres elementos que favorecen la discusión del tema: 1) el debate acerca del darwinismo social y la eugenesia, con la aparición de sociedades que admiten la discusión de la eutanasia, tienen la intención de legalizarla, 2) el apoyo a la matanza de lisiados y enfermos mentales, por las consecuencias económicas ocasionadas en la primera guerra mundial y 3) las resoluciones de los Juicios de Núremberg (1946-1947) que consideraban ilegal todo tipo de terapia y examen médico llevado a efecto sin información y consentimiento o en contra de la voluntad del enfermo, a raíz de los crímenes de lesa humanidad causados por el régimen nazi, en la segunda guerra mundial.

Clasificación de la eutanasia

Con base en lo expuesto por Rachels (22) sobre la declaración de la Asociación Médica Americana de 1973, la bioética reconoce la distinción entre la eutanasia activa y la pasiva. Así, se valida éticamente la limitación del esfuerzo terapéutico para suspender las medidas extraordinarias y permitir el curso natural de la enfermedad, evitando la obstinación terapéutica. No obstante, esta postura rechaza la eutanasia activa y sostiene que no es aceptable poner fin deliberadamente a la vida del paciente bajo la justificación de un homicidio por piedad.

En ambos tipos de eutanasia, el objetivo final es la muerte de la persona con diagnóstico de enfermedad terminal y sufrimiento insostenible, con el propósito de que deje de sufrir. La diferencia entre ambas es que, en la pasiva, el médico no realiza una acción para causar la muerte, sino que deja de implementar o retira medidas terapéuticas que no conducen a ningún beneficio, tras un análisis a fondo de la situación (18, 23), sin dejar de ofrecer las condiciones adecuadas para una muerte digna y permitiendo la evolución natural de la enfermedad. El Centro Nacional de Bioética (CENABI) y otros bioeticistas utilizan el término "Limitación de Medidas Terapéuticas", en vez de "Eutanasia Pasiva" para evitar confusiones.

Por el contrario, en la eutanasia activa hay una acción e intención por parte del médico, solicitadas por el enfermo, para provocar su muerte. Es matar con permiso (1, 22). Es indudable que en esta afirmación hay un juicio moral, en el que el principal dilema bioético consiste en aclarar si al médico le estaría moralmente permitido causar la muerte prematura de un enfermo o dejar que se produzca, o incluso si fuese obligatorio hacerlo en ciertas circunstancias (20).

Legalidad de la eutanasia (eutanasia activa)

La eutanasia es legal en varios países del mundo, como Holanda, Bélgica, España y Colombia, solo por nombrar algunos. Hoy en día existen iniciativas en otros países para legalizar la eutanasia.

En Holanda, un médico que prolonga indebidamente el proceso de morir podría enfrentar consecuencias legales, ya que la prolongación de la vida, si no es a solicitud del paciente y bajo las estrictas condiciones de la Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido, podría constituir un acto contrario a la legislación neerlandesa sobre el final de la vida. La eutanasia se permite bajo condiciones muy específicas: el paciente debe haber solicitado la eutanasia de manera libre y voluntaria; debe sufrir una enfermedad o dolencia irreversible que le cause un sufrimiento intolerable; el médico tratante debe consultar la opinión de al menos un colega que no esté involucrado en el tratamiento del paciente y, una vez realizada la eutanasia, el médico debe notificar el procedimiento a una comisión regional de revisión (19).

En el año 2002 entró en vigor la "Ley de Comprobación de la Finalización de la Vida a petición propia y del Auxilio al Suicidio", que consta de 24 artículos. En el artículo 2 se presentan los requisitos para practicar la eutanasia, entre ellos: 1) la petición del paciente debe ser voluntaria y bien meditada. 2) El padecimiento del paciente ha de ser insoportable y sin esperanzas de mejora. 3) El paciente ha de conocer y comprender su situación y las perspectivas de futuro con las que cuenta. 4) El médico y el paciente deben estar convencidos de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra el paciente. 5) se debe consultar a otro facultativo y éste debe corroborar que se cumplen los requisitos anteriores y si el paciente padeciera sufrimiento psicológico se deberá consultar a dos médicos, uno de ellos, suele ser un médico han recibido una formación específica y homologada para evaluar de forma neutra si el paciente cumple estrictamente con los criterios de cuidado legal, son miembros del "Servicio de Apoyo y Consultoría para la Eutanasia en los Países Bajos" (SCEN) según las siglas en inglés (Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands). Los médicos SCEN son doctores en ejercicio (en su gran mayoría médicos de familia o generales). Es de suma importancia que los médicos consultores evalúen al enfermo y emitan un informe sobre su situación. 6) La práctica de la eutanasia o del suicidio asistido debe realizarse con el máximo cuidado y esmero profesional posible (19).

Además de los requisitos anteriores, deben cumplir otros relacionados con la edad del paciente: 1) ser mayores de 18 años, estar plenamente conscientes o haber expresado voluntades anticipadas. 2) menores de 16 a 18 años, estar plenamente conscientes o con voluntades anticipadas y constatar que los padres o tutores participan en el proceso de decisión. 3) los menores de 12 a 16 años, tener madurez suficiente

y que los padres o tutores estén de acuerdo con la decisión del menor (19).

El artículo 7 de esta ley evidencia la modificación de la ley de 1984 en lo relativo a la disposición de cadáveres; la versión anterior establecía que el médico tratante no podía expedir el certificado de defunción de una persona muerta por la aplicación del auxilio al suicidio, debiendo informar al forense municipal y remitir el informe. El médico forense, una vez comprobado que se habían cumplido meticulosamente los requisitos expuestos en el artículo 2, lo comunicaba a la Comisión Regional de Comprobación; de no haberse cumplido, se dirigía al Ministerio Fiscal, para que, de ser necesario, aplicase el Código Penal. Con la modificación de 2002, el médico tratante sí puede expedir el certificado de defunción y, en caso de no haber considerado rigurosamente los seis criterios anteriores, la eutanasia y el suicidio asistido siguen siendo delitos según el Código Penal neerlandés. En consecuencia, no se puede hablar de la despenalización de la eutanasia ni del suicidio asistido en Holanda (19).

Tras la regulación en los Países Bajos, otros Estados europeos estructuraron marcos normativos similares. Bélgica promulgó su "Ley relativa a la Eutanasia" en 2002, despenalizando el procedimiento para pacientes mayores de edad con sufrimientos constantes, intratables e insoportables. Los requisitos belgas replican el modelo holandés: voluntariedad reiterada, el aval de un segundo facultativo y un plazo máximo de un mes entre la solicitud y su ejecución; además, en 2003 se incorporó la validez del documento de voluntades anticipadas (24).

Una ampliación significativa se produjo en 2013, cuando Bélgica autorizó la eutanasia en menores de edad bajo condiciones estrictas: diagnóstico de muerte inevitable a corto plazo, dolor físico insustituible, evaluación psicológica previa y consentimiento escrito de los progenitores (19). Cabe destacar que, si bien el Protocolo de Groningen (2005) ya regulaba la eutanasia neonatal en la región, las directrices clínicas insisten en priorizar los cuidados paliativos en la etapa pediátrica (24).

Por su parte, Luxemburgo aprobó la "Ley sobre el derecho a morir con dignidad" en febrero de 2008 (19, 24). Su estructura exime de sanción penal al médico, siempre que el paciente sea mayor de edad (o menor emancipado entre 16 y 18 años, con autorización tutelar), actúe sin coacción exterior y padezca una condición terminal irreversible (19, 24). Al igual que sus países vecinos, el marco luxemburgués exige la verificación del testamento vital cada cinco años, delega la supervisión en una Comisión Nacional de Control y Evaluación, garantiza la objeción de conciencia y tipifica legalmente la defunción como muerte natural (19, 24).

En la península ibérica, España reguló la eutanasia activa y el suicidio asistido mediante la Ley Orgánica 3/2021. Esta norma lo consagra como un derecho individual financiado por el Sistema Nacional de Salud, ejecutable tanto en instituciones públicas como privadas, así como en el domicilio del paciente, registrando el deceso bajo la categoría de muerte natural (24).

En contraste, el modelo suizo no autoriza formalmente la eutanasia activa, pero mantiene despenalizado el suicidio asistido desde una perspectiva altruista. Este sistema se rige por las pautas éticas de la Academia Suiza de Ciencias Médicas (SAMW) y por los protocolos de organizaciones no gubernamentales (como Exit o Dignitas). El marco legal suizo sanciona únicamente a quien preste ayuda por motivos egoístas o económicos, limitando la intervención médica a la correcta prescripción de la sustancia (19).

En Alemania, el Tribunal Constitucional derogó en 2020 el artículo 217 del Código Penal, que prohibía el suicidio asistido comercial o recurrente, y lo declaró incompatible con la carta magna; actualmente, el médico puede asesorar u orientar el proceso, pero está prohibido que realice la acción final (24). Por otro lado, Austria, Dinamarca, Finlandia, Italia y Noruega mantienen la prohibición de la eutanasia activa; no obstante, estos ordenamientos aceptan la limitación del esfuerzo terapéutico ante patologías terminales y reconocen legalmente las voluntades anticipadas de los pacientes (19).

Fuera del entorno europeo, Canadá legalizó la ayuda médica para morir en 2016, permitiendo la intervención de personal de enfermería con licencia especial bajo un estricto control judicial (24). En Oceanía, Nueva Zelanda se convirtió en 2021 en el primer país en ratificar el suicidio asistido mediante referéndum popular tras la falta de consenso parlamentario, mientras que, en Australia, los estados de Victoria (2017) y Australia Occidental (2019) aprobaron normativas autónomas similares (24).

En el continente americano coexisten enfoques diametralmente opuestos. En los Estados Unidos de América, el debate se originó en el ámbito jurídico en 1976 con el caso de Karen Ann Quinlan, lo que derivó en leyes estatales que permiten el rechazo de tratamientos de soporte vital. No obstante, la eutanasia y el suicidio asistido siguen proscritos a nivel federal, con excepciones específicas como la "Ley de Muerte con Dignidad de Oregón" (25).

El panorama latinoamericano está liderado por Colombia, cuya evolución jurisprudencial se sustenta en la Constitución de 1991. A través de las sentencias T-548 (1992) y T-493 (1993), la Corte Constitucional amparó el derecho a la autonomía del paciente para elegir sus tratamientos médicos y el libre desarrollo de la personalidad (25). Este avance doctrinal culminó en la histórica sentencia C-239 de 1997 —y su posterior ratificación en la T-970 de 2014—, que despenalizó la eutanasia como mecanismo para salvaguardar la dignidad humana, extendiendo el derecho tanto a enfermos terminales como a no terminales, bajo dos premisas fundamentales: la existencia de un sufrimiento profundo y la ejecución directa por un profesional de la medicina (25).

El marco normativo colombiano dio un giro doctrinal histórico con la Sentencia T-721 de 2017. En este fallo, la Corte Constitucional determinó que el derecho fundamental a una muerte digna no admite exclusiones por edad biológica del solicitante. Bajo los preceptos de igualdad, no discriminación y el interés superior del menor, el tribunal extendió esta garantía a niños, niñas y adolescentes (26).

Para su aplicación en el ámbito pediátrico, la jurisprudencia exige el diagnóstico inequívoco de una enfermedad terminal acompañada de un sufrimiento intenso. Asimismo, el procedimiento queda condicionado a una evaluación rigurosa dividida en cuatro dimensiones técnicas: la certificación del estado terminal, la valoración cualitativa del sufrimiento, la determinación de la capacidad cognitiva para decidir y la formalización de un consentimiento o asentimiento libre e informado. Este proceso debe ser revisado minuciosamente por un comité interdisciplinario que evalúe el nivel de desarrollo físico, psicológico, emocional y neurocognitivo del menor. En consonancia con este mandato, el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó la Resolución 825 de 2018, que estructuró el protocolo clínico para la operativización del derecho de la población infantojuvenil (26).

En Argentina, el desarrollo normativo se encauzó inicialmente hacia la limitación del esfuerzo terapéutico y la procuración de órganos. La Ley 21.541 de 1977 legalizó la suspensión del soporte ventilatorio mecánico en pacientes con muerte encefálica con fines de donación, adoptando los criterios clínicos del Comité de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard (27, 28). Posteriormente, las Leyes 23.464 de 1987 y 24.193 de 1998 extendieron la facultad de retirar las medidas extraordinarias de soporte vital a todos los pacientes en situación irreversible. La legislación argentina delimita estrictamente estas prácticas como rechazo terapéutico, diferenciándolas formalmente de la eutanasia activa (27, 28).

Por su parte, Ecuador mantenía un esquema punitivo estricto hasta inicios de la década de 2020. El artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) tipificaba la mala praxis profesional con responsabilidad penal para los médicos cuyas acciones desencadenaran el deceso de un paciente (28, 29). Aunque proyectos legislativos previos, como el Código Orgánico de Salud, buscaban introducir la autonomía del paciente para rechazar tratamientos, el cambio estructural se produjo con la Sentencia 67-23-

IN/24 del 7 de febrero de 2024. Mediante este fallo histórico, la Corte Constitucional declaró la constitucionalidad condicionada de las sanciones por homicidio, despenalizando formalmente la eutanasia activa e instruyendo al órgano legislativo a regular la materia. El dictamen reconoce el derecho a la muerte asistida para individuos aquejados por sufrimientos intensos derivados de patologías terminales o lesiones corporales graves e irreversibles, lo cual requiere una manifestación de voluntad libre, expresa e informada (30).

En Uruguay, la evolución legislativa se desarrolló en dos etapas diferenciadas. Inicialmente, la Ley N.º 18.473 (conocida como la Ley del Buen Morir o de Voluntad Anticipada) otorgó a los ciudadanos mayores de edad y psíquicamente aptos el derecho a rechazar procedimientos médicos que prolongaran artificialmente la vida en contextos de enfermedad terminal (29). Posteriormente, el ordenamiento penal introdujo, en su artículo 37, la figura del "homicidio por piedad" con el propósito de exonerar de sanción penal al cuerpo médico. Esta transición jurídica culminó con la aprobación y promulgación de la Ley N° 20.431 de Muerte Digna, un instrumento específico que despenaliza y regula formalmente el acceso directo a la eutanasia activa y al suicidio asistido dentro del Sistema Integrado de Salud.

En contraste, Chile mantiene una prohibición absoluta de las prácticas eutanásicas y del auxilio al suicidio, tipificándolas penalmente bajo figuras que van desde el auxilio al suicidio hasta el parricidio u homicidio calificado, con base en el principio de protección biológica de la vida (31). Si bien el artículo 14 de la Ley 20.584 regula los derechos y deberes en materia de salud e introduce la prerrogativa del consentimiento informado para rechazar terapias, la misma norma prohíbe explícitamente que dicho rechazo persiga la aceleración artificial de la muerte o constituya un acto de eutanasia simulada. Esta restricción es ratificada por el artículo 16 en el contexto de la medicina paliativa y terminal (31).

Finalmente, en Venezuela la eutanasia activa permanece proscrita en todo el ordenamiento jurídico, limitándose la práctica médica a la limitación del esfuerzo terapéutico (32, 33). El artículo 28 derogado de la Ley del Ejercicio de la Medicina de 1982 ya eximía a los profesionales de emplear medidas extraordinarias en pacientes irrecuperables. Este enfoque fue ratificado y tecnificado en el artículo 29 de la Ley vigente de 2011, que restringe el ingreso y la permanencia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) mediante criterios estrictos de evaluación, prohibiendo el uso inútil, desproporcionado o dispendioso de recursos médicos en pacientes que se encuentren en la fase agónica o terminal de su enfermedad (32, 33).

Principios bioéticos y eutanasia

Como se evidencia en la definición de eutanasia y en las diferentes legislaciones al respecto, en la gran mayoría de los países el colaborador o el operador es el médico, quien actúa a petición de un enfermo terminal con un sufrimiento insoportable, de forma reiterada y bajo estrictos requisitos y supervisión. En general, no puede considerarse la despenalización de la muerte, sino la aplicación del derecho a morir con dignidad.

La finalidad del acto médico es mejorar la calidad de vida del enfermo, prevenir las enfermedades y promover la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento ocasionados por la enfermedad, curar a los que se pueda y cuidar a los que no se puedan curar y, por último, evitar una muerte prematura y velar por una muerte en paz. Sí, como señala Goic (17), la eutanasia ha sido prohibida al médico desde la antigüedad griega. ¿Cómo resolvemos esta contradicción? (28).

La solicitud de eutanasia en el contexto de un paciente terminal con sufrimiento severo se considera, por la mayoría de los clínicos, bioeticistas y juristas, la máxima expresión de su autonomía. Este principio faculta al individuo para tomar decisiones libres y exentas de coacción, sustentándose en el derecho a la autodeterminación y en las garantías fundamentales consagradas en los ordenamientos constitucionales a nivel global (17, 28, 34).

El principio de autonomía obliga a informar al paciente del diagnóstico, del pronóstico y de

las posibilidades terapéuticas, con sus riesgos y beneficios, permitiéndole rechazar todo tipo de tratamiento o elegir otro si así lo desea. Esto también debería permitir al paciente escoger el momento, el lugar y la forma de su muerte, si el ordenamiento legal lo permitiera (17, 35). La operacionalización de este principio se realiza mediante el consentimiento informado, siendo necesario proporcionar toda la información y cerciorarse de que el paciente la ha comprendido y es competente para tomar la decisión de solicitar la eutanasia (17, 35).

Veatch, citado por Francisconi (36), pregunta: ¿Cuál es el límite de la autonomía del paciente terminal? Y refiere que las acciones de un individuo no pueden estar desvinculadas de las obligaciones y compromisos con sus semejantes; lo individual no puede estar por encima de lo colectivo como factor limitante de la acción.

Si lo individual no puede estar por encima de lo colectivo, ¿está el médico obligado a respetar la autonomía del paciente en estos casos? Pellegrino y Thomasma, citados por este mismo autor, manifiestan que matar no es parte de los actos médicos; ambos miembros del binomio médico-paciente terminal, por ser personas, tienen autonomía, lo que puede llevar al médico a no aceptar aquello que no le resulta moralmente tolerable, según su propio juicio moral (36).

El dilema en esta situación está en si la sociedad puede obligar a las personas a vivir contra su voluntad, restando importancia a morir con dignidad; una cosa es no resistirse a la muerte y otra es actuar para lograrla, de la misma manera que existe diferencia entre "permitir morir" y "causar la muerte". Aceptar la muerte con dignidad no es resistirse a ella con medidas heroicas ni administrar un tratamiento que alivia el dolor y que, a la larga, causará la muerte; otra muy distinta es causar la muerte aplicando una medicación intravenosa que, de antemano, se sabe que provocará la muerte en pocos minutos. Si el paciente tiene derecho a morir con dignidad, es importante trabajar para que esto se cumpla, involucrando a todos los actores y proporcionando a los pacientes las condiciones para una muerte digna (1, 34, 37).

Otro eje conceptual relevante es el principio de beneficencia, que establece que todo procedimiento diagnóstico y terapéutico debe aplicarse en estricto beneficio del paciente, garantizando su seguridad y efectividad, bajo el compromiso de hacer el bien. En el ámbito del final de la vida, este principio se manifiesta como una respuesta compasiva ante el sufrimiento ajeno del enfermo en etapa terminal. Así, conduce al profesional de la salud a facilitar un proceso de bien morir en aquellos enfermos que lo soliciten de manera informada y reiterada, integrando esta acción como parte de su responsabilidad asistencial, siempre que no colisione con el juicio moral u objeción de conciencia del propio médico (17, 33, 34, 38).

Como señala Gallardo, citado por Francisconi (36), el dilema bioético de la eutanasia radica en el conflicto directo entre los principios de beneficencia y de autonomía. Por un lado, el profesional de la salud tiene la obligación de respetar la voluntad del paciente en resguardo de su derecho a la autodeterminación. Por otro lado, mantiene el deber de aplicar tratamientos seguros y eficaces. Bajo esta última premisa, los sectores opuestos argumentan que provocar la muerte de forma deliberada no constituye un procedimiento terapéutico seguro ni efectivo, por lo que el auxilio a morir no podría ser catalogado como un acto de beneficencia o compasión clínica (34, 35).

De igual manera, el médico está obligado a no causar daño de forma premeditada, lo cual se fundamenta en el principio hipocrático "Primum non nocere", también conocido como principio de no maleficencia. En la práctica, este principio se concreta en el equilibrio entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica, y ésta ha de estar siempre a favor de los beneficios del enfermo, de hacer el bien. Al médico se le exige la máxima generosidad y virtud; en ninguna circunstancia podría negarse a prestar ayuda a un enfermo terminal en gran sufrimiento. Sin embargo, no es lo mismo acompañar a bien morir que provocar la muerte. El paciente terminal tiene derecho a estar cómodo, con condiciones higiénicas adecuadas y cuidados generales. Tiene derecho a estar sin dolor y con el menor sufrimiento posible, a estar siempre acompañado

con respeto y compasión que le permitan abordar los temas de su preferencia; debe recibir la ayuda espiritual de su predilección o no recibirla si es su deseo; tiene derecho a estar con sus seres queridos y a no exagerar la terapéutica. Esto constituye el derecho de los pacientes a morir con dignidad (1, 17, 34, 35).

Torrealba (37) refiere lo difícil que es conciliar todas las posiciones en torno a la eutanasia, porque el punto de partida de los interlocutores en estos debates es diametralmente opuesto. Los intereses en torno al problema de la eutanasia son de índole diversa y no solo éticos. Si consideramos el principio bioético de la autonomía, en el que los dos actores de la relación son personas, por ser sujetos morales, ambos tienen libertad en la toma de decisiones; de esta manera, no solo el paciente tiene derecho a que se respeten su elección tomada de forma libre y consciente, sino que también el médico es merecedor de respeto a su decisión de no participar en el acto mismo de la eutanasia.

Continuando con esta línea de pensamiento, el médico también es autónomo y no se le puede exigir actuar en contra de sus propias creencias y valores, ni proceder en contra de su conciencia. Todo ser humano tiene una conciencia que le permite distinguir, en su interior, lo correcto de lo incorrecto, lo bueno de lo malo, la conducta ética y moral de la inmoral y contraria a la ética. La conciencia establece los compromisos éticos útiles para cada persona, y esos mandatos son obligaciones para quienes en ellos creen. Se tiene la apreciación constante y universal de que la conciencia no es un simple deseo ni un mero capricho. La conciencia se asemeja, en algunos aspectos, a la ley, porque esta no es ni caprichosa ni arbitraria y nos obliga a cumplirla. Por eso, cuando se actúa en función de la conciencia, las personas se sienten bien porque siguen sus dictámenes, elegidos personalmente (38).

El médico, al negarse a realizar este acto, se acoge a la objeción de conciencia. Esta se entiende como la negativa a cumplir un mandato de la autoridad o de una norma jurídica, invocando la existencia de un imperativo filosófico-moral o religioso que prohíbe, impide o dificulta su cumplimiento en el ámbito de su conciencia. Es la oposición de la ley de la conciencia a la ley jurídica; es el rechazo moral a participar en ciertos actos incompatibles con sus valores morales (38).

La objeción de conciencia en medicina es la negativa de un profesional a ejecutar un acto médico o a cooperar, directa o indirectamente, en su realización, aunque haya sido aprobado por las normas legales, cuando el profesional lo considera contrario a la moral, a los usos deontológicos o a las normas religiosas propias (38).

La decisión de objeción de conciencia ha de ser expuesta ante un comité de bioética y adecuadamente justificada a partir de las creencias morales y religiosas del profesional; no se trata de una negativa sin fundamento, sino de un acto reflexivo, sin prejuicios, coherente con el actuar constante del profesional, sin que ello constituya un acto irresponsable (38).

La objeción de conciencia del profesional ha de ser respetada. No obstante, esta objeción no podrá constituir un perjuicio directo para el paciente. Los centros de salud tienen la obligación de atender las necesidades de los pacientes y de las comunidades a las que sirven, asegurándose de brindar el cuidado merecido a cada uno de ellos, de forma eficiente y eficaz (38).

Morir es un acto personal, cultural y religioso; es un proceso, mientras que la muerte es un instante. El compromiso profesional en la atención del paciente terminal es promover el bienestar, sin sufrimiento y en buenas condiciones, acompañado de sus seres queridos, con respeto a sus creencias y valores, de acuerdo con lo que represente el buen morir para cada uno. El buen morir es el cierre de un trayecto en paz, con significado para la persona y la familia, así como para los profesionales que intervienen en este proceso.

REFERENCIAS

1. Castillo Valery A. Ética médica ante el enfermo grave. Editorial JIMS, S.A., 1986.
2. Pérez PC. Sobre el concepto de valor. Una propuesta de integración de diferentes perspectivas.

13278-60-1.
3. García Jiménez LR. La muerte desde la mirada de la historia, la literatura y el arte. Disponible en http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo21/21-12.pdf .
4. Martín Murcia F. Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. Papeles del Psicólogo. 2006; 27(2):104-15.
5. Von Engelhardt D. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. Acta Bioética. 2002;VIII(1):55-66.
6. Küng H, Jens W. Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad. Editorial Trotta. 2ª ed. Madrid. 2004.
7. Gil Yépez C. Introducción a la Medicina Antropológica. Organización de Bienestar Estudiantil. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1974.
8. Gil Yépez C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Editorial médica venezolana. Caracas. 1974.
9. Laplanche J. Vida y muerte en psicoanálisis. Amorrortus Editores. Buenos Aires. 2001.
10. Costa OC. Para comprender el sufrimiento humano. Rev Bioét. 2016; 24 (2): 225-34.
11. Lombardi MA. Integración de lo antropológico a la comprensión del paciente como persona en la práctica profesional. Material mimeografiado. Cátedra de Psiquiatría. Escuela de Medicina Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2011.
12. Kessler D, Kübler-Ross E. Sobre el duelo y el dolor. Edic Luciérnaga. Madrid. 2016.
13. Taboada P. El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica. 2000; VI(1): 91-101.
14. Llanos Escobar A. El morir ha cambiado. Bol Sanit Panam.1990;108(5-6):465-72.
15. Amorim Biondo Ch, Paes da Silva MJ, Dal Secco LM. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepción de los enfermeros de unidades de terapia intensiva e implicaciones en la asistencia. Rev Lat Am Enfermagem. 2009; 17(5): 613-619.
16. Ferreira S, Porto D. Mistanasia x Qualidade de vida. Rev Bioét (Impr.). 2019; 27 (2): 191-5.
17. Gherardii C. Eutanasia. MEDICINA (Buenos Aires). 2003; 63: 63-69.
18. Sierra G. Eutanasia: no confundir conceptos. Opina, marzo 2021. Disponible en: http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_99/pdf/602-603.pdf
19. Jiménez GA, Granados BM, Fernández MC. Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa. Biblioteca Lascasas. 2015; 11(2).
20. Goic GA. Apuntes sobre la eutanasia. Rev Méd Chile. 2005;133: 371-375.
21. Collado Madurga AM, Piñón Gámez A, Odales Ibarra R, Acosta Quintana L, Serra Larín S. Eutanasia y valor absoluto de la vida. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011;49(3):450-58.
22. Rachels J. Eutanasia activa y pasiva. N Engl J Med. 1975;292: 78-80.
23. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Acta Bioeth. 2012;18(2):163-171.
24. Bartolín-Guillén JM. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2021; 41(140): 51-67.
25. Cantillo Arcón JC, Bula Beleno AA. Eutanasia activa directa y consentimiento del sujeto pasivo como eximente de responsabilidad penal en eventos de enfermedades incurables no terminales. Una aproximación interdisciplinar desde el test de proporcionalidad en sentido estricto. Estud Socio-juríd Bogotá. 19(1): 13-41.
26. Serie de documentos Política pública y Democracia N° 3/febrero 2021. Universidad de los Andes, Colombia, y Universidad Nacional de Colombia, PP&D Políticas Públicas y Democracia, Grupo de Investigación Análisis de las Políticas Públicas y de la Gestión Pública (APPGP). Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.
27. Przygoda P. La eutanasia y el suicidio asistido en la Argentina y otros países. Medicina. 1999;59:195-200.
28. Llivicura Bonilla MC. Eutanasia: Un dilema ético. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2022.
29. Betancour P, Alessandro M. La eutanasia y la muerte digna en el ordenamiento jurídico ecuatoriano. Debate Jurídico Ecuador. Revista Digital de Ciencias Jurídicas de UNIANDES. 2020;3(1):65-76.
30. Mella C. La Corte Constitucional de Ecuador legaliza la eutanasia. El País. 2024. Disponible en https://elpais.com/america/2024-02-07/la-corte-constitucional-de-ecuador-legaliza-la eutanasia.html
31. Esparza Reyes E. Disposición del derecho a la vida de los menores de edad. Acta Bioethica. 2019; 24 (1): 25-34.
32. República Bolivariana de Venezuela. Ley del ejercicio de la medicina en Venezuela. Gaceta

Oficial N° 3.002 1982.
33. República Bolivariana de Venezuela. Ley del ejercicio de la medicina. Gaceta Oficial N° 39.823. 2011.
34. Cortes GJ. Aspectos bioéticos al final de la vida: Derecho a morir con dignidad. Cuad Hosp Clín La Paz. 2006;51(2):97-102.
35. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? Med Interna (Madrid). 2001;18(12):650-54.
36. Francisconi CF. Eutanasia: una reflexión desde la mirada bioética. Bioética. 2007; 7: 110- 115.
37. Torrealba F. Eutanasia, libertad y responsabilidad social. Anuario Psicol. 1998;29(4):91- 99.
38. Martínez K. Medicina y objeción de conciencia. An Sist Sanit Navar. 2007; 30 (2): 215-223.