



Tesina Derecho Universidad de Valparaíso

**LA VIDA COMO UN BIEN JURÍDICO DISPONIBLE,
EL DERECHO A ELEGIR CUANDO MORIR**

Autoras:

GIULIANA LANZARINI JOHNSON

ANTONIA ROMERO ZEPEDA

Profesor guía: Armando Guzmán Carvajal

Profesora co-guía: Macarena González Pérez

Disciplina principal: Derecho Penal

Disciplina secundaria: Medicina Legal

Valparaíso, Chile

28 de diciembre 2025

ÍNDICE

Tabla de abreviaturas.....	3
Resumen (abstract)	4
Palabras clave.....	4
Introducción	4
I. Capítulo I: Nociones de vida y derecho a la vida	5
1. Aproximaciones conceptuales a la vida.....	5
2. Plano ontológico: vida biológica y vida con sentido	5
3. Plano ético-jurídico: del bien jurídico indisponible al derecho disponible	6
4. Plano sociopolítico: autonomía, cuidados y salvaguardas en Chile.....	7
II. Capítulo II: El derecho a la vida y su alcance en Chile	8
1. El derecho a la vida en la Constitución Política de la República chilena y en los Tratados Internacionales en vigor en Chile	8
1.1. Artículo 19 N° 1 CPR: Breve análisis de su interpretación dominante.....	8
1.2. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	9
1.3. La vida como un bien jurídico fundamental ¿indisponible?.....	11
2. Marco legal chileno sobre la disponibilidad de la vida	12
2.1. Delitos contra la vida en el Código Penal	12
2.2. Ley N° 20.584: Derechos y deberes del paciente	13
2.3. Ley N° 21.375: Cuidados paliativos y sedación paliativa.....	15
III. Capítulo III: Mecanismos de eutanasia y suicidio asistido. Modelos comparados y disponibilidad de la vida.....	18
1. Conceptualización y distinciones:.....	18
1.1. Eutanasia activa y pasiva.....	18
1.2. Suicidio Asistido.....	19
1.3. Ortotanasia, Distanasia y Cacotanasia	19
2. Argumentos centrales del debate sobre la disponibilidad de la vida.....	20
2.1. A favor de la disponibilidad	20
2.2. Argumentos en contra de la disponibilidad	23
3. Análisis de modelos legales y la jurisprudencia sobre la disponibilidad	25
3.1. Colombia: un precedente latinoamericano	25
3.2. Países Bajos.....	28
3.3. Bélgica.....	29
IV. Capítulo IV: Particularidades de grupos específicos y la disponibilidad de su vida	31

1.	Enfermos terminales	31
1.1.	El sufrimiento insuperable	32
2.	Personas mayores.....	33
3.	Personas física y mentalmente sanas.....	33
4.	Niños, niñas y adolescentes.....	34
4.1.	El desafío del consentimiento informado en menores y su capacidad para disponer de su propia vida	35
4.2.	El rol de los padres: ¿pueden disponer por ellos?	35
4.3.	El caso de Bélgica	36
4.4.	La protección especial de la infancia como límite a la autonomía y la disponibilidad	36
5.	Casos comparados	37
V.	Capítulo V: el debate en Chile y perspectivas futuras	38
1.	Proyecto de ley de eutanasia en Chile.....	38
2.	Vacíos y debilidades en el diseño actual.....	40
3.	Propuesta de un modelo chileno.....	41
	Conclusiones.....	43
	Referencias Bibliográficas.....	47
	Proyecto de ley citado.....	52
	Jurisprudencia citada.....	52
	Chile.....	52
	Colombia.....	53
	Sistema interamericano	53

Tabla de abreviaturas

CPR	Constitución Política de la República
TTII	Tratados Internacionales
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
CP	Código Penal chileno
TC	Tribunal Constitucional chileno
CS	Corte Suprema chilena
CA	Corte de Apelaciones
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
SMA	Suicidio medicamente asistido
OMS	Organización Mundial de la Salud
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
LET	Limitación del esfuerzo terapéutico
AET	Adecuación del esfuerzo terapéutico
OMS	Organización Mundial de Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
MINSAL	Ministerio de Salud
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
GES	Garantías Explícitas en Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HD	Hospitalización domiciliaria
CAEC	Cobertura adicional para enfermedades catastróficas
DDE	Doctrina del doble efecto

Resumen (abstract)

La presente tesina analiza la vida humana desde la perspectiva del derecho chileno y la bioética, cuestionando su tradicional caracterización como bien jurídico indisponible y examinando las condiciones bajo las cuales puede sostenerse su disponibilidad jurídica. A partir de un enfoque teórico y comparado se estudia el alcance del derecho a la vida en el ordenamiento jurídico chileno, la evolución del debate ético jurídico sobre la eutanasia y el suicidio asistido, y los modelos regulatorios adoptados en otros países. Además, se analizan grupos en situación de especial vulnerabilidad y se revisa el debate legislativo actual, identificando vacíos normativos y proponiendo mejoras que armonicen la autonomía, la dignidad y salvaguardas institucionales.

Palabras clave

Derecho a la vida, disponibilidad de los bienes jurídicos, eutanasia, muerte digna, autonomía personal.

Introducción

En Chile, el debate sobre el fin de la vida ha resurgido en el ámbito político y social tras la reciente aprobación de legislar en torno al Proyecto de Ley de Eutanasia en general por parte de la Comisión de Salud del Senado, tras más de diez años de presentada la primera propuesta (Senado de la República de Chile, 2025).

Este escenario se inserta en un contexto marcado por los avances de la medicina, el aumento de la esperanza de vida, la prolongación artificial de la vida y la expansión, aún desigual, de los cuidados paliativos, circunstancias que han tensionado la comprensión tradicional del derecho a la vida como un bien jurídico absoluto. En ese marco, el objetivo general de esta investigación es analizar si, dentro del ordenamiento jurídico chileno, la vida puede ser comprendida como un bien jurídico disponible por su titular, en términos que permitan reconocer a las personas el derecho a elegir sobre el momento y las condiciones de su propia muerte. Para ello, se recurre a una reconstrucción dogmática del derecho a la vida, al examen del marco constitucional y penal vigente, y al estudio de los mecanismos de autodeterminación reconocidos en Chile, como el consentimiento informado y la limitación del esfuerzo terapéutico, así como a la experiencia comparada de países que han regulado la eutanasia y el suicidio asistido bajo estrictas salvaguardas.

La pregunta de investigación que guía este trabajo puede formularse del siguiente modo: ¿En qué medida, a la luz del derecho chileno vigente y del derecho extranjero examinado, la vida puede ser conceptualizada como un bien jurídico disponible para su titular, permitiendo sostener normativamente un derecho a elegir cuando morir en armonía con la autonomía individual y la dignidad humana?

La hipótesis que se somete a contraste es la siguiente: En Chile, una comprensión del derecho a la vida como derecho a no ser privado arbitrariamente de ella, unida al reconocimiento constitucional de la autonomía personal y la dignidad humana, permite sostener que la vida puede ser considerada como un bien jurídico disponible para su titular. Esta disponibilidad resultaría especialmente relevante en decisiones médicas de final de vida, abriendo espacio para el eventual reconocimiento normativo de un derecho a elegir cuándo morir bajo condiciones estrictamente reguladas y con adecuados resguardos institucionales (Ackermann & Ovalle, 2018).

La investigación se desarrolla mediante una metodología dogmática-jurídica, basada en el análisis de doctrina, ordenamiento jurídico chileno, proyectos de ley y jurisprudencia,

complementada con referencias comparadas a ordenamientos que han regulado la eutanasia y el suicidio asistido.

La estructura del trabajo se organiza en cinco capítulos. El Capítulo I estudia las nociones de vida y de derecho a la vida. El Capítulo II examina el derecho a la vida y su alcance en Chile, tanto a nivel constitucional como en el marco de los tratados internacionales de derechos humanos, y aborda la discusión sobre la vida como bien jurídico fundamental (in)disponible. El Capítulo III se centra en la eutanasia y el suicidio asistido, ofreciendo una precisión conceptual de estas figuras y analizando modelos comparados y su desarrollo jurisprudencial. El Capítulo IV estudia la disponibilidad de la vida en grupos específicos, problematizando el alcance de la autonomía y los deberes de protección. Finalmente, el Capítulo V analiza el estado del debate legislativo chileno y propone los elementos mínimos de un eventual modelo normativo de regulación de la muerte médicamente asistida, a la luz de la hipótesis planteada.

I. Capítulo I: Nociones de vida y derecho a la vida

1. Aproximaciones conceptuales a la vida

La pregunta por el significado de la vida constituye el punto de partida necesario para cualquier análisis jurídico que pretenda examinar su protección, su alcance y su eventual disponibilidad. Tradicionalmente, el Derecho ha tratado la vida como un presupuesto previo, casi como un dato obvio, como algo biológico que se protege porque sí. Sin embargo, los debates actuales sobre el final de la vida han relevado la necesidad de revisar críticamente tal comprensión, incorporando dimensiones éticas, relacionales y sociales que inciden directamente en el modo en que las personas viven y valoran su existencia.

Por ello, varias perspectivas críticas de las definiciones estrictamente biologicistas subrayan que la vida no puede agotarse en la descripción de procesos fisicoquímicos u orgánicos, pues ello resulta insuficiente para captar aquello que hace moralmente relevante la vida humana. En esta línea, se sostiene que el análisis normativo debe considerar la vida como una realidad con espesor moral, vinculada a la experiencia subjetiva, a la dignidad y a la biografía de las personas.

En particular, Harris (1990) propone desplazar la pregunta desde qué es la vida hacia qué hace valiosa la existencia y cómo reconocemos “vidas valiosas” en sentido moral. Para ello Harris (1990) presenta dos estrategias complementarias, primero indagar qué caracteriza a una persona y por qué valoramos su vida de un modo especial, y segundo investigar qué es lo que hace valiosa la existencia. En ese marco, recuerda la tradición que identifica como rasgos centrales de la persona la racionalidad y la autoconciencia, y enfatiza que valorar es un proceso consciente, pues valorar algo implica saber que el problema no es alcanzar una lista universal de razones que vuelvan valiosa la vida (dado que ellas pueden variar), sino atender a la capacidad del individuo de valorar su propia vida y tener sus propias razones para querer seguir viviendo (Harris, 1990).

Esta perspectiva resulta especialmente relevante para el análisis jurídico, en la medida en que permite advertir que la protección normativa de la vida no se agota en la mera conservación orgánica. Cuando se discuten decisiones del final de la vida, el núcleo del debate es el significado que la vida conserva para su titular y las condiciones bajo las cuales puede seguir siendo vivida como propia.

2. Plano ontológico: vida biológica y vida con sentido

La distinción entre vida biológica y vida con sentido es clave para comprender los debates contemporáneos sobre el final de la vida, la muerte médicamente asistida y la disponibilidad jurídica

de la vida. Es posible identificar una primera capa de significado: la vida en sentido biológico, entendida como el conjunto de procesos orgánicos que sostienen la existencia del ser viviente (nutrición, crecimiento, envejecimiento), es decir, la vida como funcionamiento del organismo (Aristóteles, como se citó en Boladeras, 2007, p. 94).

Esa descripción es útil e indispensable para identificar el fenómeno vital y distinguirlo de lo inerte pero no agota lo que está en juego cuando hablamos de la vida humana en contextos normativos y bioéticos. Justamente una de las advertencias relevantes es que no es lo mismo ser un individuo biológicamente vivo que tener una vida humana en sentido pleno; la primera condición puede cumplirse por la sola pertenencia biológica a la especie, mientras que la segunda remite a rasgos moralmente significativos vinculados a la experiencia, la subjetividad y el modo en que la existencia se integra en una biografía (Boladeras, 2007).

Desde esta perspectiva, la vida humana aparece como una forma de biovida que no se reduce al mantenimiento orgánico porque incluye una dimensión reflexiva y autobiográfica, la autoconciencia, la identidad narrativa y la posibilidad de articular significados respecto de la propia existencia (Boladeras, 2007). Esa capa “con sentido” es precisamente la que vuelve comprensible que una vida pueda vivirse como valiosa, tolerable o intolerable para quien la vive, incluso si el organismo sigue funcionando.

Ahora bien, reconocer que la vida humana tiene este espesor moral no implica que se esté negando su dimensión basal, por el contrario, permite explicar por qué la vida es tratada en tradiciones bioéticas como un bien humano básico. Gómez-Lobo y Keown (2015) afirman que la vida ocupa un lugar central en cuanto puede funcionar tanto como un fin como un medio para la realización de otros bienes humanos.

Este plano ontológico permite sostener que la vida tiene al menos dos niveles analíticos, primero, la vida biológica entendida como funcionamiento y continuidad orgánica, y segundo, la vida con sentido, comprendida como experiencia humana dotada de autoconciencia, proyección en el tiempo y significación biográfica. Dicha distinción fija el punto de partida, pues si el Derecho protege la vida, no puede ignorar que en el final de la vida lo decisivo suele ser la tensión entre persistencia orgánica y la posibilidad real de una existencia valiosa para el propio sujeto (Boladeras, 2007; Harris, 1990).

3. Plano ético-jurídico: del bien jurídico indisponible al derecho disponible

El vínculo entre vida y dignidad aparece como eje decisivo para comprender el alcance normativo del derecho a la vida, en esa línea, parte de la dogmática penal contemporánea ha insistido en que el bien jurídico no puede operar como una cláusula abierta para imponer concepciones sustantivas del bien, sino como un límite de garantía compatible con la libertad y la autonomía personal, especialmente cuando se trata de bienes personalísimos (Ackermann y Ovalle, 2018).

Desde una perspectiva constitucional, Figueroa (2008) distingue diversas concepciones del derecho a la vida: (i) el derecho a vivir o a pertenecer vivo, entendido como un deber de conservar la existencia biológica; (ii) el derecho a vivir bien o con dignidad, en el sentido de que la vida debe transcurrir en condiciones materiales y espirituales coherentes con lo humano; (iii) el derecho a recibir lo mínimamente necesario para no morir (alimentos, refugio, salud); (iv) el derecho a que no nos maten; y (v) el derecho a que no nos maten arbitrariamente. Sobre esa base, Figueroa (2008) concluye que la única concepción razonable es entender el derecho a la vida como el derecho a que no se nos mate arbitrariamente (p. 279). Formulada así, el derecho a la vida regula la conducta de terceros y del Estado, y no se transforma en un deber jurídico del titular de permanecer con

vida, lo cual permite sostener, al menos, una disponibilidad negativa en el final de la vida, por ejemplo, el rechazo de tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico.

El estándar internacional es consistente con esta lectura. La Observación General N° 36 del Comité de Derechos Humanos de la ONU (2018), al interpretar el artículo 6 del PIDCP, precisa que el derecho a la vida no debe entenderse de manera restrictiva y que su garantía se vincula también con la posibilidad de disfrutar de una vida con dignidad (párr. 3). A su vez, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica* (2012), sostiene que la protección del derecho a la vida no opera como un derecho absoluto con prevalencia incondicionada sobre cualquier otro derecho, sino que admite una protección gradual e incremental, según el desarrollo y el contexto, lo que exige armonizarla con otros bienes y derechos en conflicto (párrs. 261-264).

Correa-Montoya (2021) sistematiza la línea jurisprudencial colombiana: el vivir dignamente se prolonga en el morir dignamente, y la objeción de conciencia del profesional no puede convertirse en barrera de acceso para el paciente que cumple requisitos.

La disponibilidad de la vida, entendida en esos términos, no implica una desvalorización de la vida humana, sino que evita que el Derecho se apropie de la vida del individuo. Si el contenido del derecho a la vida es entendido como la obligación de no matar arbitrariamente, el titular no se viola a sí mismo al decidir el término de su vida en condiciones de consentimiento informado y control institucional, más bien, realiza su derecho a la dignidad y autonomía personal.

4. Plano sociopolítico: autonomía, cuidados y salvaguardas en Chile

El debate chileno en torno a la muerte médicamente asistida se ha estructurado, en lo central, como un intento de equilibrar la protección de la vida y el respeto a la autonomía del paciente en situaciones límite. En esa lógica, el proyecto de ley que está actualmente en discusión articula, entre otros elementos, requisitos procedimentales, como la solicitud, consentimiento informado, etc., y mecanismos de control y derivación institucional para reducir riesgos de presión, error o arbitrariedad (Senado de la República de Chile, 2025).

Ahora bien, la dimensión sociopolítica del debate obliga a mirar las salvaguardas junto con las condiciones materiales del sistema de salud. Así, la literatura médica nacional ha subrayado que el alivio del sufrimiento no se agota en quitar el dolor, sino que va más allá, e incluye un abordaje clínico más amplio que incluye cuidados paliativos, sedación paliativa, terapia del dolor y apoyos psicoespirituales para enfrentar también el sufrimiento emocional o psíquico (Valera et al., 2021). Valera et al. (2021) advierten que en Chile resulta difícil hoy garantizar cuidados paliativos interdisciplinarios para todas las personas que los requieren sin una decisión pública de inversión en formación y recursos, asunto crucial para evitar que el proceso de decisión se distorsione por carencias del sistema.

Desde una perspectiva político-jurídica, resulta fundamental advertir que, sin cuidados paliativos universales la libertad de morir puede quedar atrapada por la desigualdad. En consecuencia, una eventual regulación de la eutanasia, para ser consistente con un enfoque de justicia sanitaria, debe ir necesariamente vinculada al fortalecimiento de la red de cuidados paliativos y a mecanismos efectivos de derivación cuando exista objeción de conciencia, evitando que el ejercicio del derecho quede, en la práctica, en quienes tienen más recursos o mejores redes de acceso.

II. Capítulo II: El derecho a la vida y su alcance en Chile

Este capítulo analiza si la hipótesis de una disponibilidad jurídica de la vida, vinculada a la autonomía y la dignidad, es compatible con el ordenamiento jurídico chileno actualmente aplicable a conductas vinculadas al final de la vida. El objetivo es determinar que, aunque la tradición jurídica ha interpretado la vida como un bien jurídico indisponible, el propio sistema reconoce zonas efectivas de disponibilidad, especialmente en el ámbito sanitario, lo que abre un espacio de discusión regulatoria sin exigir necesariamente una reforma constitucional.

1. El derecho a la vida en la Constitución Política de la República chilena y en los Tratados Internacionales en vigor en Chile

1.1. Artículo 19 N° 1 CPR: Breve análisis de su interpretación dominante

La CPR, en su artículo 19 N° 1, asegura a todas las personas “el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona” y agrega que “la ley protege la vida del que está por nacer”. Desde la lectura predominante, esta garantía se concibe como un presupuesto para el ejercicio de los demás derechos fundamentales, lo que ha llevado a sostener que la vida constituye un bien superior cuya protección no depende (o no puede depender) de la voluntad del titular. En esa lógica, el Estado no solo se encontraría habilitado, sino que incluso obligado a intervenir cuando una persona rechaza tratamientos para su supervivencia, aun si la decisión se funda en convicciones profundas (por ejemplo, religiosas), pues la vida se presentaría como un límite infranqueable para la autodeterminación (Sandoval Ayala, 2021).

En ese sentido, hay jurisprudencia que ha sostenido que el deber estatal de resguardar la vida tiene un carácter particularmente intenso y no admite limitaciones fundadas en la voluntad del paciente. Un ejemplo es la Sentencia de la Corte de Apelaciones de Rancagua Rol N° 4.841 de 2016, confirmada por la Sentencia de la Corte Suprema Rol N° 1.764 de 2017, caso que concernía a una mujer de 38 años, perteneciente a los Testigos de Jehová, que rechazó una transfusión de sangre, y la Corte autorizó al Hospital de Rancagua a realizar el tratamiento. El razonamiento de la CA fue que el derecho a la vida es absoluto y que la voluntad del titular respecto a su protección sería irrelevante, basándose en la premisa de que el Estado tiene un deber calificado de protección que no puede ser destruido por la vigencia del ejercicio de otros derechos fundamentales. En esa línea, Castillo Montt (2021) explica que esta interpretación de la jurisprudencia (que se remonta a una sentencia hito de 1984) se originó desde la perspectiva de la tradición judeocristiana y, bajo esa visión, la vida es un derecho esencialmente inviolable sobre el cual el ser humano no tiene dominio que le permita destruirla o renunciar a ella (p. 268).

Sin embargo, esa misma línea jurisprudencial no ha sido uniforme ni está exenta de críticas doctrinales, en particular, parte de la literatura advierte que suele confundirse el carácter “absoluto” del derecho a la vida con su pretendida “imponderabilidad” o con un supuesto deber jurídico de vivir impuesto al titular (Sandoval, 2021). En tal perspectiva, una lectura que vuelve irrelevante la voluntad del paciente puede desnaturalizar la función de los derechos fundamentales, concebidos como garantías a favor de una persona y no como cargas en su contra. De hecho, en la propia jurisprudencia chilena existen decisiones y disensos que abren una comprensión distinta de la vida como garantía frente a privaciones arbitrarias y como base de protección, pero no necesariamente como un mandato de permanecer con vida a toda costa. Un hito relevante citado por Castillo Montt (2021) es la sentencia de la Corte de Apelaciones de Talca, Rol 935 del año 2019, que negó que el rechazo informado de una transfusión vulnerara el artículo 19 N° 1 CPR, afirmando que el Estado no se encuentra legitimado para forzar la protección de un derecho fundamental contra la voluntad de su titular y que las decisiones sobre el propio cuerpo deben ser respetadas por el Estado.

En votos disidentes de las Sentencias de la Corte Suprema Rol N° 7074 de 2010 y Rol 4167 de 2011, se ha llegado a afirmar que, si una huelga de hambre se ejecuta con plena conciencia de sus consecuencias, no corresponde calificarla como vulneración del derecho a la vida y que, aunque el Estado tenga deberes especiales de protección, tales deberes no son ilimitados y que la voluntad de la persona operaría como límite, incluso si el ejercicio del derecho resulta mortal para su titular. Desde esta perspectiva, el derecho a la vida no sería un mandato de vivir a toda costa, sino una garantía que protege frente a arbitrariedades, debiendo convivir con la autonomía personal y la dignidad del sujeto.

1.2. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Chile es parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), cuyo artículo 4.1 igualmente reconoce el derecho a la vida estableciendo que:

“Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”

Al igual que la CPR, este precepto pone el acento en que la privación de la vida sea arbitraria, dirigiéndose, por tanto, a terceros y al Estado. En esa lógica, la protección internacional del derecho a la vida no se formula como un deber jurídico del individuo de seguir viviendo “a cualquier precio”, sino que como una prohibición de que otros lo priven de la vida de manera ilegítima o abusiva, y busca evitar que sea otro quien lo mate sin su consentimiento.

Esta lectura se refuerza al considerar el conjunto del catálogo de derechos que establece la CADH, en particular, el artículo 5 relativo al derecho a la integridad personal. El numeral 1 dispone que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, frente a lo cual, en materia del final de la vida, se puede sostener que la protección de la vida no se agota en la conservación de la vida biológica, sino que incluye la exigencia de que la actuación estatal, particularmente la prestación sanitaria, sea compatible con el resguardo de la integridad personal en todas sus dimensiones. Por ello, cuando una persona padece un sufrimiento grave y persistente que deteriora su integridad física, psíquica o moral, la imposición de continuar viviendo mediante la mantención forzada de tratamientos o la negativa a considerar sus decisiones informadas puede entrar en tensión con el deber de respeto de dicha integridad, pues no se trata de proteger la vida abstractamente, sino que se trata de evitar que la intervención pública termine instrumentalizando al individuo, tomando decisiones por sobre sus necesidades y requerimientos.

A su vez, el numeral 2 del artículo 5 prohíbe someter a cualquier persona a torturas, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Es pertinente considerar el alcance de esta norma en el ámbito sanitario, cuando el Estado regula o tolera prácticas que, ya sea por acción u omisión, produzcan sufrimientos intensos e incompatibles con la dignidad. En ese marco, se podría afirmar que la persistencia del dolor o angustia evitable sea por falta de acceso oportuno a cuidados paliativos o por la negación inflexible de opciones al final de la vida frente a decisiones autónomas, puede configurar un escenario normativamente problemático desde la perspectiva de la integridad y de la prohibición de tratos degradantes. En consecuencia, el artículo 5 también aporta un fundamento adicional para sostener que el debate sobre la eutanasia debe examinarse también a la luz de obligaciones estatales de evitar el sufrimiento innecesario, asegurar una atención sanitaria respetuosa y reconocer la autodeterminación del paciente como un elemento central de una protección integral de derechos.

La jurisprudencia interamericana ha reforzado esta interpretación. En *Artavia Murillo vs. Costa Rica* (CIDH, 2012), caso relativo a la prohibición de la fecundación in vitro, la Corte Interamericana (2012) sostuvo que la protección de la vida no es absoluta, sino que debe ser interpretada en armonía con la dignidad humana y la autonomía personal del individuo (párrs. 186–189). Asimismo, el Comité de Derechos Humanos de la ONU en su Observación General N° 36 sobre el derecho a la vida (2018), señaló que los Estados no deberían impedir que profesionales de la salud asistan a personas que, padeciendo enfermedades graves e irreversibles, tomen decisiones libres e informadas de poner fin a sus vidas, siempre que medien adecuadas salvaguardias para evitar abusos (Comité de DDHH ONU, 2018, párrs. 8 y 26).

El PIDESC complementa este marco en dos niveles relevantes. Primero, el artículo 12 es especialmente útil para el final de la vida porque desplaza el foco desde la sola preservación de la vida hacia un estándar positivo, en virtud del cual toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. En otras palabras, el deber estatal exige organizar y proveer un sistema sanitario capaz de prevenir y aliviar sufrimientos, acompañar procesos de enfermedad grave y asegurar decisiones clínicas respetuosas de la dignidad del paciente. Desde el propio texto del art. 12, esto se expresa en la obligación de los Estados parte de adoptar medidas para la “asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” y en términos más amplios, para la prevención, tratamiento y control de enfermedades. Llevado a la discusión sobre el final de la vida, esta norma permite sostener con un fundamento normativo robusto, que el Estado debe garantizar prestaciones efectivas frente a las necesidades sanitarias, incluyendo componentes físicos, psíquicos y sociales, como por ejemplo, el acceso a cuidados paliativos integrales; acceso oportuno al control del dolor y de síntomas; acceso efectivo a atención de salud mental; cobertura en zonas rurales o aisladas, disponibilidad de prestaciones en la red pública; protección financiera para que el costo no sea una barrera; etc.

Además, el artículo 12 se potencia con la interpretación del derecho a la salud, que suele implicar obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, lo que ayuda a demostrar que no basta con existir una norma o un programa si, por ejemplo, hay paliativos solo en capitales regionales, o no hay medicamentos para el control del dolor, o los equipos no están capacitados.

Segundo, el artículo 15.1 (b) del PIDESC complementa el marco del final de la vida al reconocer el derecho de toda persona a “gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones”. En este punto, es menester precisar qué entiende la RAE por “gozar”, la cual lo define, entre otras acepciones, como “tener o poseer algo bueno, útil o agradable” y lo vincula como sinónimo de “disfrutar”, término que, a su vez, se define como “percibir o gozar los productos y utilidades de algo” (Real Academia Española, s.f.). Sobre esa base, el artículo 15 exige que los avances sanitarios se traduzcan en beneficios efectivos y aprovechables por las personas, particularmente en un ámbito donde estos avances se materializan en tecnologías, procedimientos, fármacos, protocolos y prestaciones clínicas, y los beneficios se traducirían en evitar dolores psíquicos y físicos, hasta determinar cuándo morir, en concordancia con los principios de autonomía y dignidad.

Desde esa perspectiva, si el progreso científico ha permitido aliviar síntomas y sufrimientos evitables y además permitir bajo procedimientos clínicos seguros poner fin a la vida, el análisis jurídico se desplaza a la justificación de privar a las personas de gozar del avance científico. Cuando existen aplicaciones biomédicas orientadas a hacer posible que una persona decida cuándo morir de manera informada y bajo resguardos, una prohibición absoluta requiere razones especialmente fuertes, pues restringe el acceso a un beneficio del progreso científico que incide directamente en la autodeterminación. Esto es relevante incluso cuando no hay dolor físico, pues hay personas cuya decisión de poner término a su vida responde a una convicción autónoma sobre el cuándo y cómo

morir, y el artículo 15.1 (b) ofrece una regulación susceptible de discusión, en el sentido de si el Estado puede negar, sin más, toda aplicación científica que permita ejercer esa elección de forma regulada.

En la misma línea, la interpretación contemporánea del artículo 15 enfatiza también en las obligaciones estatales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en el acceso a los beneficios de la ciencia, especialmente respecto de grupos expuestos a desigualdades estructurales (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU, 2020). Con ello se da cuenta que el debate además de ser moral es de justicia sanitaria, pues si el progreso científico ofrece alternativas relevantes para el final de la vida, el Estado debe asegurar que su acceso no dependa del territorio, del nivel socioeconómico o del acceso a la salud privada.

1.3. La vida como un bien jurídico fundamental ¿indisponible?

Un contraste con otros derechos fundamentales sugiere que la respuesta no es necesariamente absoluta. Tradicionalmente, la doctrina penal chilena ha caracterizado la vida como un bien jurídico indisponible, lo que significa que ni siquiera el consentimiento de la propia víctima justificaría su supresión por terceros. Esta posición se ha visto reflejada en la tipificación del auxilio al suicidio y en que la eutanasia activa sea subsumida como una forma de homicidio. Sin embargo, tal conclusión no se desprende de manera necesaria ni de la Constitución ni de los tratados internacionales, sino de una lectura histórico-cultural influida por concepciones moral-religiosas sobre la sacralidad de la vida (Ackermann y Ovalle, 2016, pp. 12-14). En efecto, no existe en el texto constitucional una cláusula que declare expresamente indisponible la propia vida, sino que se trata más bien de una construcción doctrinal y legislativa tradicional, pero no de un mandato supralegal inmutable.

Tal como señala Figueroa (2008), el derecho a la vida en su dimensión constitucional no consiste en un deber de vivir, sino en el derecho “a que no se nos mate arbitrariamente” (pp. 261–263). El núcleo de este derecho está orientado a limitar la interferencia externa, no a impedir la autodeterminación del titular respecto del curso de su propia existencia. De hecho, el ordenamiento jurídico chileno reconoce diversos bienes jurídicos personalísimos que, aun siendo fundamentales, admiten cierto grado de disponibilidad cuando media la autonomía individual. Por ejemplo, la integridad física puede ser legítimamente limitada cuando el sujeto presta consentimiento informado, como ocurre en procedimientos quirúrgicos riesgosos o en deportes extremos; en tales casos, una lesión o riesgo consentido no se considera antijurídico, porque prevalece el respeto a la autodeterminación del individuo. Del mismo modo, la libertad personal puede ser voluntariamente restringida, piénsese en la hospitalización psiquiátrica consentida, o en quien ingresa a una comunidad religiosa asumiendo reglas estrictas, sin que ello suponga una violación de derechos, ya que es parte del proyecto vital autónomo de la persona. Incluso la intimidad, derecho esencial para resguardar la vida privada, puede ser renunciada parcialmente cuando alguien decide divulgar públicamente información personal, por ejemplo, en redes sociales, haciendo disponible algo que por naturaleza es reservado.

Si el ordenamiento jurídico ya reconoce que estos bienes personalísimos (integridad, libertad, intimidad, etc.) son parcialmente disponibles en virtud de la autonomía, no existe una razón jurídico-constitucional categórica para excluir a la vida misma de toda posibilidad de disposición. Esto es particularmente cierto cuando la prolongación de la vida implica un sufrimiento irreversible, la pérdida total de autonomía y una afectación grave de la dignidad personal del titular. En términos de Cea (2015), los derechos fundamentales no solo protegen al individuo frente a injerencias externas, sino que también incluyen la facultad del titular de decidir sobre ellos dentro de los límites del respeto a los derechos de los demás (pp. 112-115). En la misma línea, Correa-Montoya (2021) sostiene que el principio de dignidad humana implica reconocer a la persona como

un agente moral capaz de decidir sobre el sentido y el límite de su propia vida, incluso en su etapa final (p. 131).

En consecuencia, la afirmación de que la vida es un bien jurídico absolutamente indisponible no se sostiene de manera necesaria desde la teoría de los derechos fundamentales, más bien, parece tratarse de una opción legislativa e histórica, y por tanto modificable, antes que de una prohibición derivada directamente de la Constitución o del derecho internacional vigente. La apertura a cierta disponibilidad de la propia vida encuentra fundamento en la autonomía personal y en la dignidad, valores ya reconocidos en nuestro ordenamiento en relación con otros derechos fundamentales.

2. Marco legal chileno sobre la disponibilidad de la vida

2.1. Delitos contra la vida en el Código Penal

En el derecho chileno vigente, cualquier acto en los que exista interferencia de terceros destinado a terminar con la vida de una persona, incluso con su consentimiento, está penalizado, esta última conducta es penalizada por la figura delictiva denominada auxilio al suicidio, la cual se encuentra regulada en el artículo 393 de nuestro Código Penal. En efecto, dicha norma tipifica el auxilio al suicidio, sancionando a quien “con conocimiento de causa”, presta auxilio para que otro se suicide cuando el resultado de la muerte se produce. Esta configuración revela que el legislador chileno opta por castigar penalmente la cooperación al suicidio en su modalidad consumada, reforzando la idea de que la participación de terceros en la privación de la vida, aunque se afirme el consentimiento de la víctima, se mantiene, como regla dentro del ámbito de los derechos contra la vida.

Así, tenemos el artículo 393 bis, que sanciona la inducción al suicidio y agrava la pena si se produce la muerte. Con ello, nuestro ordenamiento jurídico separa normativamente dos planos que resultan relevantes para el análisis de la disponibilidad: (i) auxiliar (cooperación material o facilitación) y (ii) inducir (incidir causalmente en la decisión suicida).

Este esquema se complementa con la forma en que el sistema trata la eutanasia activa. El Código Penal sanciona al que cause la muerte de otro como homicida, sin distinguir si medió o no solicitud de la víctima; por tanto, la eutanasia activa tiende a reconducirse a figuras de homicidio (simple o calificado, según el caso). En ese marco, se ha sostenido que podría discutirse la hipótesis de homicidio calificado cuando concurren las circunstancias específicas previstas en el artículo 291 CP, como el empleo de veneno, cuestión que podría plantearse, al menos en términos dogmáticos, debido a las sustancias administradas a las personas en el contexto del procedimiento eutanásico.

Ahora bien, aunque el derecho chileno penaliza la intervención de terceros en el suicidio o en la muerte de otro no implica que la tutela penal de la vida opere de modo incondicionado en todo contexto. En efecto, el propio sistema admite hipótesis en que la muerte puede producirse sin responsabilidad penal cuando concurren causales de justificación. Un ejemplo clásico es la legítima defensa (artículo 10 N° 4 CP), que opera como respuesta jurídicamente permitida frente a una agresión ilegítima. En términos generales, se configura cuando se repele una agresión real, actual o inminente y sin derecho, para proteger bienes jurídicos propios o de terceros, siempre y cuando exista necesidad de defensa, racionalidad de los medios empleados y no medie provocación suficiente por parte del defensor (Cornejo, 2019, p. 121). Aunque esta estructura no reconoce un “derecho a morir”, sí revela que el ordenamiento no protege la vida como un bien absoluto, sino que se articula su protección en relación con otros bienes jurídicos y principios que pueden justificar su afectación en circunstancias excepcionales.

Otro ejemplo relevante es el estado de necesidad (art. 10 N° 11 CP), que exime de responsabilidad a quien obra para evitar un mal grave para su persona o derechos, o los de un tercero, bajo requisitos copulativos: (i) actualidad o inminencia del mal; (ii) inexistencia de otro medio menos perjudicial; (iii) proporcionalidad entre el mal causado y el evitado; y (iv) la exigencia de que el sacrificio del bien amenazado no sea razonablemente exigible. La doctrina ha advertido que su lectura no es tan literal como la de la legítima defensa. Un ejemplo que puede llegar a ser más ilustrativo respecto del estado de necesidad es el de la mujer que sufre violencia doméstica de manera constante por parte de su agresor. En este caso, el mal, (aunque no siempre inmediato) puede adquirir el carácter de inminente en atención a la situación de riesgo continuo en que se encuentra la víctima. Ello puede dar lugar a una acción destinada a salvaguardar su propia vida, la cual puede ser calificada como exculpante o justificante según el análisis del caso concreto. En efecto, la violencia doméstica reiterada configura un peligro permanente, entendido como una situación de riesgo que se prolonga en el tiempo y que puede materializarse en un daño grave en cualquier momento, aun cuando este no produzca de manera inmediata (Acosta, 2013, p. 701).

Esta lectura permite comprender que el estado de necesidad opera como una cláusula de flexibilización del sistema penal, orientada a evitar respuestas desproporcionadas frente a situaciones de vulnerabilidad estructural y riesgo sostenido.

En conjunto, esta estructura refleja una política criminal en buena medida paternalista, orientada a desalentar la participación de terceros en la muerte de alguien incluso consentida. Aquello, sin embargo, no sería una necesaria consecuencia de una supuesta indisponibilidad de la vida, sino una decisión normativa contingente que podría revisarse. De hecho, varios ordenamientos comparados han despenalizado ciertas formas de auxilio al suicidio o eutanasia bajo estrictos requisitos, sin por ello desproteger el bien jurídico vida.

2.2. Ley N° 20.584: Derechos y deberes del paciente

Otro ámbito donde el ordenamiento chileno ya reconoce un grado de disponibilidad de la vida es el sanitario. La Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (2012), constituye un hito en la consagración de la autonomía del paciente en Chile, al reconocer, entre otros, el derecho a la información, al trato digno y, especialmente, el derecho a otorgar o denegar la voluntad para someterse a procedimientos o tratamientos (art. 14).

El artículo 14 establece que toda persona tiene derecho a consentir o rechazar cualquier procedimiento vinculado a su atención de salud, siempre que esa decisión sea libre, voluntaria, expresa e informada. Asimismo, exige que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, conforme a los contenidos mínimos del artículo 10 (estado de salud, diagnóstico posible, alternativas terapéuticas, riesgos, pronóstico y proceso postoperatorio, cuando proceda). El artículo 16, por su parte, dispone que la persona informada de que su estado de salud es terminal tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a tratamientos que tengan como efecto prolongar artificialmente su vida, debiendo mantenerse, en todo caso, las medidas de soporte ordinario, y precisa que “en ningún caso, el rechazo del tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte”. Esta estructura normativa ha sido leída como la positivización del consentimiento informado y de su correlato, el derecho al rechazo o suspensión de tratamiento (Figueroa, 2012; Zúñiga, 2012).

El consentimiento informado, en el sentido jurídico, a partir de la lectura del artículo 14 de la misma ley, es el derecho que todo paciente tiene a manifestar su voluntad libre, expresa e informada que habilita y legitima una intervención sanitaria, siempre que el equipo tratante haya cumplido con el deber de información respecto del diagnóstico, pronóstico, alternativas disponibles y los

riesgos asociados, dejando constancia en la ficha clínica cuando la ley lo exige. En el plano médico-clínico, consentimiento informado no se agota en la firma de un formulario, sino que es un proceso continuo de diálogo y comprensión entre profesional y paciente, orientado a que la persona comprenda qué se le propone, por qué, con qué beneficios esperables, qué riesgos implica y qué otras opciones existen, enfoque que refuerza la autonomía, la confianza terapéutica y opera como salvaguarda frente a intervenciones impuestas o carentes de justificación ética (Shah, 2024).

En este esquema, el consentimiento informado opera como una garantía de que la opción que decida el paciente ya sea aceptar someterse a tratamiento o rechazarlo, es una expresión auténtica de su autonomía. En esta lógica, la decisión de no realizar un tratamiento que prolongaría la vida biológica y la decisión de someterse a él, serían ejercicios de la capacidad de autodeterminación, y el rol del equipo médico deja de ser puramente paternalista y se convierte en uno de acompañamiento y respeto por la voluntad del paciente (Zúñiga, 2012).

En el caso de NNA, el artículo 14 inciso 6 de la Ley N° 20.584 combina la regla de la representación con la exigencia de participación progresiva. Así, por una parte, reconoce la intervención de los padres o representantes legales en el consentimiento en materia de salud, pero, por otra parte, asegura que todo NNA reciba información adaptada a su edad y desarrollo, y además, que sea oído respecto de los tratamientos y pueda optar a alternativas “según la situación lo permita”, dejando constancia de aquello. La ley permite que el representante legal consienta o rechaza tratamientos médicos, sin embargo, esa decisión debe considerarse a la luz del interés superior del NNA y del deber de garantizar su participación progresiva, mediante información adecuada y escucha efectiva.

Ahora bien, tal y como indica el artículo 17 de la misma ley, cuando el profesional tratante estime que la decisión del paciente o de sus representantes legales expone a “graves daños” o a “riesgo de morir” evitables con el tratamiento indicado, la ley activa un mecanismo de resguardo consistente en requerir la opinión del comité de ética y si persiste la controversia, la persona o cualquiera en su nombre puede solicitar a la Corte de Apelaciones la revisión del caso y la adopción de medidas que estime necesarias. En atención a menores, el comité debe considerar especialmente el interés superior del NNA.

En términos prácticos, esto significa que un paciente informado de que su condición es terminal puede negarse, por ejemplo, a ser conectado a ventilación mecánica invasiva o a recibir maniobras de reanimación cardiopulmonar cuando la muerte es inminente y dichos procedimientos sólo prolongarían el proceso de morir. La ley permite dejar que el curso natural de la enfermedad avance (abstención o retiro de medios desproporcionados), pero no autoriza causar activamente la muerte, subrayando así la diferencia entre eutanasia activa (prohibida y subsumible en figuras de homicidio o auxilio al suicidio) y la LET u ortotanasia, reconocida como buena práctica clínica (Figueroa, 2012).

La doctrina ha destacado que, a la luz de esta regulación, un adulto competente puede rechazar cualquier tratamiento médico, incluso cuando su ausencia supone un riesgo relevante para la vida, sin que ello constituya un intento de suicidio ni una conducta penalmente reprochable (Figueroa, 2012; Zúñiga, 2012). Ello permite hablar de una disponibilidad negativa limitada, pues el paciente no puede exigir una intervención para que terminen con su vida, pero sí puede decidir no iniciar o interrumpir tratamientos que prolongan su vida biológica, priorizando su calidad de vida sobre la mera cantidad de tiempo restante. En coherencia con esto, el artículo 16 inciso 4° de la Ley N° 20.584 reconoce expresamente el derecho de las personas en situación terminal a “vivir con dignidad hasta el momento de su muerte”, lo que se traduce en el acceso a cuidados paliativos, compañía familiar, apoyo espiritual y psicológico, entre otros dispositivos (Zúñiga, 2012).

Finalmente, cabe precisar que, si bien por años se discutió la validez de las instrucciones previas o voluntades anticipadas sobre la base de la lógica del consentimiento informado, hoy existe en Chile un reconocimiento expreso, al menos en el contexto de cuidados paliativos, de la declaración de voluntad anticipada. Así tenemos el Reglamento sobre cuidados paliativos (Decreto N° 41 de 2023) el cual dispone en su artículo 10 que, ante la declaración de una enfermedad terminal o grave, o en cualquier momento de su desarrollo, la persona puede suscribir una declaración que contenga decisiones “de carácter vital” para el evento en que no pueda expresar su voluntad o preferencias, pudiendo manifestar en ella el consentimiento o rechazo de determinados tratamientos o prestaciones, con el límite de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley N° 20.584, y estableciendo que dichas decisiones deben ser respetadas por el equipo interdisciplinario. Además, el Reglamento en su artículo 11 permite designar uno o más apoderados para transmitir la voluntad cuando la persona no se encuentre en condiciones clínicas de manifestarla, ya sea dentro de la misma declaración o mediante mandato. Los lineamientos ministeriales precisan que estas voluntades anticipadas se ejecutan sólo cuando la persona está incapacitada de decidir, por ejemplo, si está inconsciente o en coma, y que, mientras pueda comunicar sus preferencias, rige su voluntad actual (artículo 11). Sin embargo, los Lineamientos para declaración de voluntades anticipadas en personas con enfermedades terminales o graves, establecen que esta declaración de voluntad anticipada no puede incluir preferencias en decisiones contrarias a la legislación vigente, poniendo de ejemplo “quiero que me hagan eutanasia” (MINSAL, 2023, p. 11), lo que refuerza nuevamente la frontera entre el rechazo de tratamientos y producción activa de la muerte.

2.3. Ley N° 21.375: Cuidados paliativos y sedación paliativa

Como complemento a la Ley N° 20.584, el ordenamiento jurídico chileno ha reforzado en los últimos años una respuesta paliativa integral frente al sufrimiento en enfermedades terminales o graves a través de la Ley N° 21.375 que consagra derechos específicos para quienes se encuentran en esa condición. Particularmente, la ley establece el derecho a recibir cuidados paliativos “cuando corresponda” y “en la forma establecida” por decretos, reglamentos, normas técnicas y guías clínicas del MINSAL (artículo 3 N° 1), y también tiene el derecho a ser acompañada por sus familiares o por la persona que el paciente designe (artículo 3 N° 3). Asimismo, la Ley en su artículo 1 reconoce que una “adecuada atención de salud” supone un cuidado integral orientado a aliviar, dentro de lo posible, padecimientos asociados a una enfermedad terminal o grave, reforzando el vínculo entre dignidad, autonomía y ciclo vital en el contexto del final de la vida. Además, mandata al MINSAL a dictar un reglamento y normas correspondientes.

El Reglamento sobre cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves del MINSAL, publicado en 2023, explicita que su objeto es regular requisitos, condiciones y forma de prestación de cuidados paliativos, incluida la atención domiciliaria, el registro clínico respectivo, el acompañamiento y las capacitaciones de los equipos de salud. También está la Orientación Técnica de Cuidados Paliativos del MINSAL del año 2022, que adopta la definición de la OMS (2020) como un “enfoque que mejora la calidad de vida de las personas y de sus familias cuando afrontan de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad especialmente moral, a través de la prevención y alivio del sufrimiento”.

Asimismo, el documento técnico señala que el campo de los cuidados paliativos se ha ampliado desde un foco inicial fuertemente asociado a la oncología hacia el acompañamiento de personas con enfermedades crónicas avanzadas, como parte de un enfoque universal (MINSAL, 2022, p. 7). En la misma línea, Ayala y Collado (2023) subrayan que la promulgación de una ley de cuidados paliativos universales en Chile permite “brindar alivio a las personas que padecen enfermedades irrecuperables diferentes al cáncer” y expandir el acceso a programas paliativos de calidad dentro y fuera de la oncología (pp. 89, 95).

Por su parte, la sedación paliativa aparece como una herramienta clínica frente a síntomas refractarios, es decir, aquellos que no pueden controlarse con tratamientos disponibles, aplicados adecuadamente, sin comprometer la conciencia del paciente. La Orientación Técnica la conceptualiza como una intervención destinada a reducir internacionalmente el nivel de conciencia de la persona, previa obtención del consentimiento informado (expreso, implícito o delegado), mediante el uso de fármacos apropiados y en dosis proporcionales con el fin de prevenir un sufrimiento insostenible originado por uno o más síntomas refractarios (MINSAL, 2022, p. 84).

En cuanto a garantías clínicas mínimas, el documento indica que la sedación debe aplicarse bajo un esquema de seguridad: (i) antes de iniciar la sedación, debe existir el consentimiento del paciente (o su representante, si corresponde), el que puede ser verbal, pero debe quedar consignado en su ficha clínica; (ii) la sedación debe comenzar con dosis bajas y ajustarse gradualmente según el efecto observado para asegurar que el nivel de sedación sea el necesario para controlar el síntoma refractario; y (iii) una vez iniciada, la sedación requiere seguimiento clínico, con evaluación del síntoma y revisión periódica de los objetivos (MINSAL, 2022, pp. 85-88).

En el mismo marco paliativo, la Orientación Técnica aborda la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) como un conjunto de decisiones clínicas compartidas, orientadas a evitar la prolongación innecesaria del sufrimiento cuando los tratamientos no aportan beneficios o generan perjuicios desproporcionados (MINSAL, 2022, pp. 14-15). En el plano legal, la Ley N° 20.584 (anteriormente analizada) reconoce que, si una persona se encuentra en un “estado de salud terminal” puede aceptar o rechazar tratamientos, y si establece un límite explícito, la negativa no puede tener por objetivo acelerar artificialmente el proceso de muerte.

En la discusión bioética suele invocarse la doctrina o principio del doble efecto (DDE) para explicar por qué ciertas intervenciones orientadas al alivio del sufrimiento pueden considerarse moralmente admisibles, aun cuando puedan traer consigo consecuencias negativas previsibles (Kendal, 2024, p. 660). Esta doctrina sostiene que hay una diferencia moral relevante entre intentar un mal como medio o fin, y solo prever un efecto adverso no buscado, y suele presentarse mediante criterios que exigen, entre otros aspectos, que el fin perseguido sea bueno y exista proporcionalidad entre beneficios y riesgos (Kendal, 2024, pp. 659-661). Sin embargo, para el caso chileno es importante no sobredimensionar este marco, pues la Orientación Técnica distingue expresamente la sedación paliativa de la eutanasia y del suicidio asistido por su finalidad, y porque no tiene como propósito modificar la duración de la vida, a diferencia de aquellas prácticas cuyo objetivo es provocar la muerte. En esa línea la literatura contemporánea advierte que el uso retórico del doble efecto puede arrastrar supuestos problemáticos, como, por ejemplo, tratar la muerte como un mal para el paciente o centrar el debate en la “pureza” de la intención del profesional, distorsionando cómo se comprenden y regulan las decisiones del final de la vida (Kendal, 2024, pp. 659-662).

En palabras del médico y bioeticista Betancourt (2011), prolongar artificialmente ciertas funciones biológicas sin un propósito clínico razonable puede transformarse en “retrasar la muerte en lugar de prolongar la vida”, lo que carece de sentido humanitario (p. 265). En esa línea, el llamado encarnizamiento terapéutico, esto es, insistir en intervenciones fútiles que solo prolongan la agonía, se presenta como lo contrario a una muerte digna y una práctica a evitar. En consecuencia, la aceptación jurídica y médica de la LET y de la sedación paliativa se vincula con una idea de cuidado que prioriza el alivio del sufrimiento y la proporcionalidad terapéutica, antes que la prolongación biológica de la vida a toda costa (MINSAL, 2022, pp. 14-14, 84-88); Betancourt, 2011, p. 265).

Ahora bien, la eficacia real de estos derechos depende de condiciones materiales y económicas que la ley por sí sola no resuelve. Por un lado, la expansión de cuidados paliativos exige recursos relevantes, por otro, diagnósticos técnicos del MINSAL muestran que la demanda potencial de

cuidados paliativos no oncológicos se concentra de manera importante en la población afiliada a FONASA, lo que vuelve especialmente sensibles las brechas de capacidad instalada, financiamiento y disponibilidad territorial en la red pública (Léniz et al., s.f.). En la práctica, estas tensiones se traducen en los altos costos que deben asumir las familias o cuidadores de los pacientes, o bien, en tener verse privados de poder acceder a cuidados paliativos.

En modalidades domiciliarias (frecuentes en cuidados paliativos) estas desigualdades se vuelven más visibles porque el derecho se juega en la cobertura concreta de apoyos y en los límites del financiamiento. La Superintendencia de Salud define la hospitalización domiciliaria como alternativa a la hospitalización tradicional, exigiendo que las atenciones correspondan a aquellas que se habrían otorgado en un establecimiento y que estén indicadas y controladas por médico tratante, pero advierte que, por regla general, la atención y hospitalización domiciliaria se encuentra excluida de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), salvo excepciones calificadas (Superintendencia de Salud, s.f.). A ello se suman exclusiones arancelarias que generan vacíos en la continuidad de los cuidados, como aquellas contempladas en el Decreto Exento N° 74 de 2024 del MINSAL, tales como traslados del paciente (incluidos traslados para exámenes), lo cual resulta sumamente preocupante, por ejemplo, tratándose de postrados; manejo avanzado de heridas y provisión de órtesis/prótesis (entre otras), de modo que requerimientos clínicos y logísticos relativamente frecuentes pueden quedar fuera del paquete financiado y terminar siendo gestionados (o no) por familias o vías alternativas.

2.4. Conclusiones del capítulo

Del análisis desarrollado en este capítulo se desprende que el ordenamiento jurídico chileno no consagra expresamente un deber jurídico de vivir, sino que configura el derecho a la vida principalmente como una garantía frente a privaciones arbitrarias por terceros, sin embargo, al observar cómo esta garantía opera en el ámbito jurisdiccional y sanitario, se advierte una tensión central para la hipótesis de esta tesina, pues si bien el ordenamiento jurídico contiene ciertos gérmenes de disponibilidad que se vinculan a la autonomía y dignidad del paciente, la jurisprudencia no ha sido uniforme al resolver casos relativos al derecho a la vida, especialmente cuando se trata de escenarios de riesgo vital.

En el plano normativo, la ley N° 20.584 consagra el consentimiento informado y el derecho del paciente a otorgar o denegar su voluntad respecto de procedimientos y tratamientos (art. 14), contemplando además un mecanismo de resguardo, consistente en un comité de ética y una eventual revisión judicial, cuando la decisión exponga a graves daños o riesgo de morir (art. 17). En coherencia con aquello, el rechazo de tratamientos debiese operar como una expresión de la autonomía, particularmente cuando la decisión es libre, informada y consistente con el proyecto vital del paciente. No obstante, la jurisprudencia relativa a transfusiones sanguíneas, frecuentemente vinculadas a pacientes Testigos de Jehová, evidencia un conflicto de fondo, pues, en estos casos, el rechazo suele ser una convicción religiosa. A modo de contexto, los Testigos de Jehová rechazan las transfusiones de sangre por motivos religiosos, por un mandato explícito de Dios que se encontraría en la Biblia; para ellos, aceptar este procedimiento implica una pérdida espiritual intolerable (Besio y Besio, 2006).

A partir de 2012, ya vigente la Ley N° 20.584, se observan decisiones judiciales que, lejos de robustecer el consentimiento informado, prescinden de él y autorizan transfusiones o medidas clínicas aún en contra de la voluntad del paciente. En esa línea, se registran fallos posteriores a la entrada en vigor de la ley en que se afirma que el paciente no puede disponer de su vida y que la libertad de conciencia cede ante el derecho a la vida (Figueroa, 2018). En ese marco, se inserta la Sentencia de la Corte Suprema Rol N° 12618-2018, en la cual se acoge un recurso de protección para imponer una transfusión de sangre a una paciente adulta Testigo de Jehová.

Sin embargo, es posible apreciar también una evolución relevante, particularmente en la Sentencia de la Corte Suprema Rol N° 24199-2019, en la cual se acoge un recurso de protección en contra de un hospital que se negó a realizar una cirugía sin transfusión, destacando que las creencias de una paciente adulta debían ser respetadas en función de su libertad de conciencia y dignidad, ordenando compatibilizar el tratamiento con su convicción. Aquello resulta sumamente relevante porque desplaza el debate desde la lógica binaria de “autorizar o no autorizar transfundir” hacia una exigencia positiva dirigida a las instituciones sanitarias, a modo que puedan organizar y ejecutar sus intervenciones de modo compatible con los derechos fundamentales del paciente, lo que dialoga de mejor manera con el enfoque de la autonomía que se vislumbra en la Ley N° 20.584.

De manera paralela, en casos recientes que involucran a niñeces o recién nacidos, la respuesta judicial tiende a reactivar una lógica de tutela. Así, por ejemplo, un fallo de la Corte de Apelaciones de Rancagua en 2022 acogió un recurso de protección y ordenó transfundir sangre a un recién nacido pese a la negativa de sus padres Testigos de Jehová, razonando que la libertad de conciencia cede ante la urgencia vital y el deber de resguardar la vida del niño (Poder Judicial, 2022). Este tipo de casos revela que la intensidad del reconocimiento de la autonomía puede variar según el tribunal y según el tipo de paciente y la forma en que el conflicto se encuadra (por ejemplo, adulto competente versus persona incapaz o menor de edad).

En consecuencia, la tesis de la indisponibilidad absoluta de la vida no se desprende necesariamente del ordenamiento jurídico chileno, pero sí aparece en ciertos razonamientos judiciales que entienden el derecho a la vida como un límite casi total cuando existe riesgo vital inmediato (Figueroa, 2018). Al mismo tiempo, el propio ordenamiento jurídico chileno ha reconocido zonas relevantes de autodeterminación al final de la vida, de modo que la tensión identificada constituye un problema de coherencia interna, pero su eficacia práctica puede variar drásticamente según el tribunal, el sujeto y el contexto del caso. Este análisis fortalece la hipótesis de la tesina, en cuanto demuestra que existe un espacio normativo real para discutir una regulación coherente del final de la vida.

La clave, entonces, está en equilibrar la protección de la vida con el respeto a la autonomía personal, evitando que el Estado transforme la vida en una obligación jurídica de vivir bajo cualquier circunstancia, y reconociéndola, en cambio, como un derecho que cada persona pueda ejercer en función de su propio proyecto vital y su dignidad.

III. Capítulo III: Mecanismos de eutanasia y suicidio asistido. Modelos comparados y disponibilidad de la vida.

La discusión sobre la disponibilidad de la vida exige delimitar con precisión qué prácticas se analizan y cómo distintos sistemas jurídicos han intentado compatibilizar la protección de la vida con la autonomía personal en el final de la existencia. Este capítulo identifica los principales mecanismos de asistencia médica para morir, revisa fundamentos éticos y políticos del debate y examina derecho extranjero que reconoce, con distintos alcances, la posibilidad de decidir sobre el final de la propia vida.

1. Conceptualización y distinciones:

1.1. Eutanasia activa y pasiva

Carrasco y Crispi (2016) distinguen entre eutanasia activa y pasiva a partir de su naturaleza y grado de intervención médica. Definen la eutanasia activa como “el acto médico de terminar con la vida de un paciente, bajo la voluntad de este, y al alero de una normativa que lo regularice”; mientras que la eutanasia pasiva corresponde al “acto médico de retirar, suspender o no iniciar un

tratamiento que se limita a prolongar la vida de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible” (p. 1599). Asimismo, introducen el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), entendido como la decisión de “no aplicar medidas desproporcionadas para propósitos terapéuticos en pacientes con mal pronóstico”, incluyendo tanto la omisión como el retiro de tratamientos, noción que, según los propios autores, suele considerarse sinónima de eutanasia pasiva (p. 1599).

1.2. Suicidio Asistido

El suicidio asistido se entiende, en términos generales, como “la ayuda que proporciona una persona a otra para que se quite la vida” (Foro Consultivo Científico y Tecnológico & Colegio de Bioética, 2008, p. 116). En una formulación más específica, el concepto se ha definido como la prescripción de un medicamento, como narcóticos, o aconsejar a un paciente enfermo para que pueda hacer uso de una sobredosis para terminar con su vida (Cohen et al., 2000, p. 89). En la misma línea, Gómez-Lobo y Keown (2015) afirman que el suicidio médicamente asistido consiste en la intervención de un médico que proporciona los medios para que una persona provoque su propia muerte (p. 71). Desde esta perspectiva, el SMA suele fundamentarse en la autodeterminación del individuo sobre su cuerpo y sobre el final de la vida, en cuanto busca evitar sufrimientos que la propia persona considera indignos; por ello el paciente es el sujeto activo que ejecuta la acción final, mientras que el tercero cumple un rol instrumental.

Correa-Montoya (2021) lo sintetiza al señalar que:

“El suicidio asistido, a diferencia de la eutanasia, preserva la autonomía material del sujeto en la ejecución del acto final; el profesional de la salud sólo dispone los medios bajo control clínico y ético” (p. 138).

1.3. Ortotanasia, Distanasia y Cacotanasia

Junto a las figuras de eutanasia y suicidio asistido, la bioética clínica ha desarrollado una serie de conceptos que permiten precisar mejor los límites de lo que resulta aceptable al final de la vida. Ortotanasia, distanasia y cacotanasia nombran modos distintos de gestionar el morir y, por tanto, ayudan a delimitar hasta dónde es legítimo prolongar la vida o intervenir en la muerte de una persona.

En la doctrina penal chilena, Misseroni (2000) propone una delimitación conceptual que distingue entre ortotanasia, distanasia y aquellas prácticas que ya no pueden ser consideradas eutanasia en sentido propio. En primer lugar, se refiere a la ortotanasia como “muerte digna o debida a toda persona”, expresión que se opone tanto a la distanasia desproporcionada como a la eutanasia homicida. Añade que la ortotanasia es “omnicomprensiva, identificándose, prácticamente, con la eutanasia en su acepción etimológica”, y excluye únicamente aquellas conductas que califica de “prácticas eutanásicas homicidas” (p. 252).

Así entendida, la ortotanasia remite a dejar morir con dignidad, sin encarnizamiento terapéutico y sin intención directa de provocar la muerte.

En segundo lugar, la distanasia “consiste en prolongar la vida vegetativa de un individuo, echando mano, para ello, de los medios extraordinarios de reanimación con que hoy cuenta la ciencia médica” (Niño, 1994, p. 85). Se trata, por tanto, de un alargamiento artificial y desproporcionado del proceso de morir, mediante recursos tecnológicos extraordinarios, que prolongan la mera vida biológica pero no mejoran la situación real del paciente, lo que se vincula al “encarnizamiento” o “ensañamiento” terapéutico.

En tercer y último lugar, cacotanasia consiste en “acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que medie expresa voluntad por su parte. Equivale a eutanasia involuntaria” (Lorda et. al, 2008, p. 273). En otras palabras, cuando la intervención no se orienta a acompañar un proceso de morir ya próximo, sino a abreviar de forma injusta una vida que aún no se encuentra en fase terminal, nos situamos fuera del ámbito de la eutanasia propiamente tal y entramos en el terreno de una “mala muerte” forzada, conceptualmente cercana a lo que la literatura denomina cacotanasia.

Esta distinción resulta especialmente útil para analizar zonas grises donde el contexto puede distorsionar los estándares clínicos y éticos. Un ejemplo emblemático es lo ocurrido en el *Memorial Medical Center* durante el huracán Katrina en Nueva Orleans, Estados Unidos, en 2005. El hospital quedó aislado por inundaciones, con fallas críticas de energía, sin condiciones básicas estables y bajo temperaturas extremas, mientras se intentaba evacuar a pacientes y a cientos de personas que se habían refugiado allí (Fink, 2009). En ese contexto, el personal improvisó un triaje para priorizar la evacuación: se categorizaron pacientes y se decidió que quienes estuvieran más graves y, además, quienes tenían ordenes de no reanimar fueran evacuados al final, aun cuando una orden de no reanimar no equivale por sí misma a una condición terminal ni autoriza a suspender toda atención (Fink, 2009).

El punto más controvertido surgió cuando, ya iniciada tardíamente la evacuación, se investigó que al menos 17 pacientes habrían recibido inyecciones de morfina, midazolam o ambos, en un escenario descrito como un rescate largamente esperado; parte de los testimonios interpretó esas administraciones como medidas para “aliviar” en condiciones extremas, mientras otras versiones se presentaron como intervenciones que pudieron acelerar la muerte de ciertos pacientes (Fink, 2009). A partir de ello, la médica Anna Pou y dos enfermeras fueron arrestadas en 2006 en relación con muertes de pacientes, sin embargo, el jurado de Nueva Orleans se negó posteriormente a acusar formalmente (*declined to indict*), lo que cerró la vía penal por homicidio y contribuyó a que el caso perdiera visibilidad mediática, aunque siguió siendo objeto de debate ético y jurídico (Fink, 2009).

A partir de este suceso Anna Pou participó activamente en impulsar leyes que concedan inmunidades a personal de salud que actúen en condiciones como las que sucedieron durante el huracán Katrina (Fink, 2009).

En ese sentido, el caso del Memorial Medical Center durante el huracán Katrina funciona como un ejemplo límite que permite entender que las categorías de ortotanasia, cacotanasia y distanasia son criterios para evaluar la legitimidad de decisiones al final de la vida. Según como se interpreten los hechos, el mismo episodio puede aproximarse a una ortotanasia (si la administración de fármacos respondió a una paliación proporcional del sufrimiento sin intención de causar la muerte) o bien tensionar hacia una cacotanasia (si se trató de acelerar deliberadamente la muerte sin voluntad expresa del paciente), mientras que difícilmente encaja en distanasia, que supone encarnizamiento terapéutico y prolongación artificial de la vida (Fink, 2009). Precisamente por esa ambigüedad, agravada en contextos de desastre por el colapso operativo, la precariedad del consentimiento, la presión del triaje y la falta de condiciones clínicas estándar, el caso muestra que la discusión de muerte digna exige salvaguardas institucionales capaces de proteger la voluntad del paciente y asegurar proporcionalidad y control aun en escenarios extremos (Fink, 2009).

2. Argumentos centrales del debate sobre la disponibilidad de la vida

2.1. A favor de la disponibilidad

El debate sobre la eutanasia gira, en lo esencial, en torno a dos grandes interpretaciones de la dignidad humana, que conducen a respuestas opuestas respecto de la disponibilidad de la vida. Por

una parte, se encuentra la concepción de la dignidad ontológica, que apunta a la indisponibilidad de la vida y la concibe como un valor intrínseco, inalienable, que corresponde a la persona por sí misma y es inherente a su modo de ser, de modo que no puede perderse ni degradarse (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 39). Desde esta perspectiva, la vida es indisponible incluso para su propio titular.

Por otra parte, se sitúa la posición que defiende una dignidad autonómica, a favor de la disponibilidad de la vida. Aquí la dignidad se concibe principalmente como capacidad de autodeterminación y ejercicio libre del desarrollo de la personalidad (Cuevas, 2020, pp. 98, 100). Bajo esta lectura, un Estado democrático debe reconocer el pluralismo moral en torno a la vida y la dignidad (Cuevas, 2020, p. 116; Comisión de Salud del Senado, p. 44), lo que incluye admitir que el individuo pueda decidir sobre el término de su existencia cuando ésta se vuelve, en su experiencia subjetiva, incompatible con su propia concepción de vida digna, especialmente en contextos de sufrimiento intolerable (Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2008, p.8; Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 62, 63).

Los argumentos a favor de la disponibilidad de la vida y, por tanto, a favor de la eutanasia y el suicidio asistido, se fundamentan en la evolución de los derechos fundamentales hacia la autonomía individual, en una redefinición de la dignidad y en la exigencia de un Estado laico y pluralista que no imponga a las personas la obligación de soportar sufrimientos (ya sean físicos o psíquicos) que ellas consideran inaceptables.

2.1.1. Primacía de la autonomía

En primer lugar, la autonomía personal se erige como fundamento estructural. La CPR confiere a la autonomía de la persona una importancia central en su artículo 1º, en cuanto reconoce a las personas como libres e iguales en dignidad, y sobre esa base descansan todos los derechos fundamentales. En este marco, la disponibilidad de bienes jurídicos aparece como la vía para materializar dicha garantía (Ackermann & Ovalle, 2018, p. 44).

La dignidad humana se entiende, entonces, como la garantía de la posibilidad de decisión individual y de las condiciones de realización de la autonomía y del proyecto de vida (Ackermann & Ovalle, 2018, p. 44). Desde esa perspectiva, la decisión responsable de una persona de poner fin a su existencia material constituye una pretensión legítima y constitucionalmente vinculante para el Estado (Castillo, 2021, p. 60).

Ackermann y Ovalle (2018) ilustran esta idea señalando que la vida puede concebirse como una serie de actos de disposición de bienes jurídicos orientados a la realización de la propia autonomía; en ese sentido, un derecho penal respetuoso de la dignidad de las personas será aquel que las considere sujetos capaces de actuar responsablemente, y no meros objetos de tutela (p. 18). Desde esa óptica, restar eficacia al consentimiento del interesado en decisiones que solo le atañen a él encubre “viejas concepciones autoritarias”, éticas o religiosas, que condicionan la libertad personal (Ackermann & Ovalle, 2018, p. 48).

En la misma línea, la Sentencia C-239 (1997) de la Corte Constitucional colombiana ha afirmado que impedir a un sujeto adulto y competente disponer de su vida equivale a anular su condición de agente moral, mientras que Figueroa sostiene que obligar a vivir a una persona sometida a enorme sufrimiento vulnera el principio constitucional de autonomía (Figueroa, 2008, p. 293).

Bajo esta postura, quienes defienden la indisponibilidad absoluta de la vida terminan, paradójicamente, colocando la vida como un fin en sí mismo desligado del sujeto que la porta. El Estado, al prohibir la eutanasia en cualquiera de sus modalidades, sitúa a las personas al servicio de ese fin último, es decir, la vida biológica, lo que se interpreta como una instrumentalización que contradice la dignidad entendida como autodeterminación (Figueroa, 2008, pp. 286, 289).

2.1.2. La dignidad

Desde la concepción autonómica, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido se presentan como la única respuesta digna en aquellos casos en que el sufrimiento físico y psíquico no puede ser mitigado por medios aceptables para el paciente.

Tal como sostiene la Corte Constitucional colombiana en la Sentencia T-423 de 2017, del derecho fundamental a vivir dignamente se deriva el derecho a morir dignamente: condenar a una persona a prolongar su vida en contra de su voluntad, cuando padece profundas aflicciones, supone una negación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. En ese escenario, el individuo queda reducido a un instrumento puesto al servicio de la preservación de la vida como valor abstracto, y no como titular de su propia vida.

En ese sentido, el derecho a morir dignamente implica que la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad se garanticen también al final de la vida, de modo que la forma en que ésta concluye corresponda a los deseos y decisiones de la persona

El derecho a morir dignamente implica que la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad se garanticen en el fin de la vida, es decir, que la vida corresponda en sus últimos momentos con los deseos y decisiones de las personas (Correa-Montoya, 2020, p. 146).

2.1.3. Argumentos jurídicos y penales para el contexto chileno

En el plano dogmático, la vida se entiende como un bien jurídico personalísimo y, precisamente por ello, se sostiene que el Estado sólo puede protegerla eficazmente cuando el titular no consciente o no puede consentir; de lo contrario, dicha protección debe articularse de manera compatible con la preponderancia de la libertad y dignidad (Corcoy, 2015, p. 47). Desde esa perspectiva, parte de la doctrina afirma la disponibilidad de la propia vida, precisamente porque reconoce en la libertad y la dignidad razones suficientes para admitir que el titular pueda decidir sobre ella (Corcoy, 2015, p. 47). En esta línea, Casas (1987) sostiene que la vida debe “considerarse un bien jurídico disponible por parte de su titular, debiéndose reconocer absoluta libertad de disposición” (p. 94).

Figueroa (2008) desarrolla un argumento constitucional coherente con esta idea: si se acepta que el derecho a la vida consiste en el derecho a que no nos maten arbitrariamente, entonces la conducta del titular que dispone de su vida no infringe por sí misma el derecho constitucional, puesto que no hay privación arbitraria por parte de un tercero, sino ejercicio excepcional de la libertad personal (p. 291).

Si el ordenamiento jurídico chileno permite que, bajo ciertos supuestos, la vida sea legítimamente dispuesta por un tercero contra la voluntad del titular (por ejemplo, en situaciones de legítimamente, o históricamente mediante la pena de muerte), carecería de sentido y de lógica sistemática prohibir de forma absoluta que el propio individuo decida poner término a su vida (Figueroa, 2008, p. 292).

Por último, desde el punto de vista legal positivo, cabe recordar que el Código Penal chileno sanciona el auxilio al suicidio y que la Ley N° 20.584 en sus artículos 14 y 16, excluye explícitamente todo tipo de eutanasia o auxilio al suicidio. Sin embargo, la norma no define qué entiende por “prácticas eutanásicas” y, al prohibir la “aceleración artificial de la muerte”, corre el riesgo de confundir eutanasia pasiva con limitación del esfuerzo terapéutico, que la propia doctrina considera una buena práctica y no una forma de dar muerte. Esta ambigüedad normativa refleja, precisamente, que el ordenamiento jurídico chileno todavía no ha enfrentado de manera clara y coherente la cuestión de la disponibilidad de la vida.

2.2. Argumentos en contra de la disponibilidad

Los argumentos contrarios a la disponibilidad jurídica de la vida suelen coincidir en que el consentimiento del titular no sería suficiente para legitimar la intervención orientada a poner término a la vida. Dicha conclusión deriva de distintos argumentos, entre ellos: (i) filosófico ontológico (dignidad como valor inherente); (ii) jurídico (ausencia de dominio y estructura defensiva del derecho a la vida); (iii) deontológico-clínico (fines de la medicina); y (iv) sociopolítico (riesgos estructurales para colectivos vulnerables y para la confianza pública).

2.2.1. Argumentos filosóficos y ontológicos

Las posiciones contrarias a la disponibilidad de la vida se apoyan en una concepción ontológica de la dignidad humana que la entiende como un valor absoluto, intrínseco e incondicional. Según esta postura, la cual es reconstruida, mas no compartida por autores como Correa-Montoya y Figueroa, la dignidad deriva del simple hecho de estar vivos (Correa-Montoya, 2021, p. 139) y de pertenecer a la especie humana, independientemente de las capacidades, el sufrimiento o la dependencia (Chomali, 2007, p. 414). Bajo esta mirada, la dignidad no puede perderse, pues, la vida como hecho biológico no puede dejar de ser digna (Correa-Montoya, 2021, p. 139), porque la dignidad radica en el ser, no en la salud, la autonomía funcional o la ausencia de dolor (Chomali, 2007, p. 423). Afirmar que una vida deviene indigna por el sufrimiento sería, para esta concepción, incompatible con un Estado social de Derecho (Correa-Montoya, 2021, p. 138-139).

En consecuencia, la vida se considera el mayor de los bienes en el orden temporal, fundamento de todos los demás derechos (Ugarte, 2006, p. 514), y un bien en sí mismo que debe cuidarse en grado extremo (Chomali, 2007, p. 423).

Un elemento central de esta línea argumentativa es el principio kantiano de la no instrumentalización, en virtud del cual la persona siempre debe ser tratada como un fin en sí misma y nunca como un medio (Baez y Mezzaroba, 2012, p. 114). Figueroa (2008), aun cuando no adhiere a esta postura, señala que quienes la sostienen entienden que el suicidio y extensivamente la eutanasia, constituiría un acto de auto instrumentalización, en el cual el individuo se toma a sí mismo como un medio para un fin, como eliminar el dolor o escapar del sufrimiento, deshumanizando su propia persona (Figueroa, 2008, p. 282).

De manera complementaria, algunos autores incorporan un fundamento teológico, en virtud del cual la vida sería obra directa de Dios y, por tanto, sólo Él tiene poder para darla y quitarla (Ugarte, 2006, p. 514). En virtud de ello, el individuo no tiene el dominio pleno sobre ella (Figueroa citando a Ugarte, 2008, p. 284). En conjunto, estas líneas convergen en la misma conclusión: la vida no sería un objeto legítimo de disposición, y por ello el consentimiento no podría fundar un derecho a ponerle término ni habilitar jurídicamente conductas de terceros dirigidas a causarla.

2.2.2. Argumentos jurídicos: ausencia de dominio y derecho de defensa

Desde el punto de vista jurídico, la indisponibilidad se articula en torno a la idea de que la vida no es una propiedad del individuo. Según esta postura, reconstruida críticamente por Figueroa (2008), el sujeto “no puede disponer de su propia vida” (p. 279), ya que la vida no es un objeto sobre el cual se tenga dominio jurídico (ONG Comunidad y Justicia, s.f., p. 5). El derecho a la vida se concibe, así, como un derecho de defensa frente a terceros: garantiza que nadie pueda matar o dañar gravemente al individuo, más que facultarlo para decidir libremente sobre el término de su propia existencia.

Esta concepción se ve reforzada por parte relevante de la doctrina penal española que ha sostenido que la vida humana posee un componente supraindividual que obliga al Estado a protegerla incluso en contra la voluntad de su titular (Rivacoba, 1989). En este modelo la indisponibilidad de la vida no se funda exclusivamente en el interés privado del individuo, sino también en el interés de la comunidad en su conjunto en tutelar un bien considerado estructural para el ordenamiento jurídico (Rivacoba, 1989). Desde esa perspectiva, el Estado asume una posición preeminente en la protección de la vida humana, que llega incluso a configurar una suerte de monopolio en la facultad de disposición sobre ella, de la cual quedan excluidos sus propios titulares.

2.2.3. Argumentos deontológicos y clínicos: fines de la medicina

En el ámbito médico-deontológico, se sostiene que la eutanasia sería incompatible con la *lex artis*. Esta idea fue reafirmada en la Comisión de Salud del Senado de Chile (2025), donde el Decano de la facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Felipe Heusser señaló que la eutanasia “no constituye una práctica médica” (p. 37). En esa misma sesión se recordó que el médico “nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente” (Comisión de Salud del Senado de Chile, 2025, p. 10).

Taboada (2000) advierte, además, que la legalización de la eutanasia podría debilitar el desarrollo de la medicina paliativa, pues ofrecer una “salida fácil” ante situaciones difíciles disminuiría la creatividad terapéutica necesaria para abordar integralmente el sufrimiento (p. 97). Desde esta perspectiva, admitir la disponibilidad jurídica de la vida tensionaría la identidad profesional de la medicina y reconfiguraría sus fines, generando un conflicto de base entre la protección y cuidado del paciente, y una práctica orientada a causar la muerte. Por ello, bajo esta mirada, el consentimiento del paciente no bastaría para convertir esa conducta en una prestación legítima conforme a la deontología médica.

2.2.4. Argumentos sociopolíticos: riesgo y vulnerabilidad

Finalmente, desde un enfoque sociopolítico, se advierte que admitir jurídicamente la disponibilidad de la vida podría tener efectos estructurales negativos. Ossandón (2013) señala que aceptar que algunas vidas “pierden su valor” erosiona la frontera entre sujetos de derecho y objetos de disposición (p. 170).

Este tipo de preocupación también fue expresada en la Comisión de Salud del Senado (2025). El Decano de la facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, Alejandro Miranda argumentó que los marcos legales que autorizan la eutanasia voluntaria tienden a derivar hacia prácticas no voluntarias, y que el fundamento real deja de ser la autonomía, porque “los médicos se reservan el juicio acerca de si la vida del paciente es una que vale la pena vivir” (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 41). Para él, el argumento de la autonomía sería, en la práctica comparada, “falaz”.

Este razonamiento se estructura bajo el tradicional argumento de la “pendiente resbaladiza”, una vez que la ley reconoce que algunas vidas pueden ser suprimidas por razones de sufrimiento o calidad de vida, el estándar podría expandirse hacia otros colectivos vulnerables, como personas mayores, pacientes con discapacidad o quienes carecen de redes de apoyo.

A diferencia de las objeciones ancladas en instituciones religiosas, en el debate legislativo chileno también se formularon advertencias desde registros profesionales y laicos centradas en la confianza pública, fines de la medicina y condiciones materiales de la decisión. Así, el académico Jaime Burrows, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales, señaló que la asistencia médica para morir se sitúa en el ámbito de la decisión moral del paciente y del médico, pero no estimó que ella no se orientaría al bien del paciente evitando el daño, sino que constituiría “el mayor de los daños” (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 20-22). Asimismo, enfatizó que la obligación médica de respetar la autonomía no implica que toda solicitud obligue a los médicos, en especial cuando impliquen acciones contrarias a la deontología de su profesión (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 20-22).

Burrows agregó que si el propio marco habilitante define como presupuesto el sufrimiento persistente e intolerable, ello podría poner en duda la libertad efectiva de la decisión, pues la interferencia del dolor y del miedo puede erosionar las condiciones materiales de la autodeterminación, y además, advirtió que autorizar esta práctica podría dañar “seriamente la confianza pública” en los profesionales de la salud, al tensionar los fines sociales atribuidos a la medicina (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 20-22).

Con todo, el mismo Informe muestra que no existe una única lectura sociopolítica del problema. En contraste, Juan Pablo Mañalich, docente de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, sostuvo que el criterio orientador, desde una bioética secular, debe ser la autonomía del paciente, y que la preocupación fundamental ha de situarse en el sujeto titular del derecho más que en una lógica de compasión o tutela (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 54). Este contrapunto es relevante porque permite mostrar que el desacuerdo no se agota en objeciones religiosas, sino que también se juega dentro de los marcos laicos en la ponderación entre la autonomía, riesgos estructurales, fines institucionales y protección de personas en condiciones de vulnerabilidad.

3. Análisis de modelos legales y la jurisprudencia sobre la disponibilidad

3.1. Colombia: un precedente latinoamericano

El caso colombiano constituye el precedente más robusto en Latinoamérica respecto de la disponibilidad excepcional de la vida y la construcción jurisprudencial del derecho a morir dignamente. Su importancia radica en que, ante la inactividad del legislador, la Corte Constitucional desarrolló progresivamente un cuerpo normativo que reconoce, estructura y garantiza este derecho fundamental. Esta evolución se despliega en una serie de fallos que amplían su alcance y afinan sus estándares, consolidando el rol del activismo judicial en la protección de derechos fundamentales.

3.1.1. Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional

La trayectoria inicia con la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional colombiana, donde conoció una demanda de inconstitucionalidad contra la figura penal del homicidio por piedad, norma que sancionaba causar la muerte por compasión. El problema jurídico fue si era constitucional sancionar penalmente al médico que realiza la eutanasia activa voluntaria a solicitud libre e informada de un paciente terminal que padece sufrimientos intensos. La Corte declaró que sancionar penalmente al médico que practica la eutanasia activa voluntaria, a solicitud libre e informada de un paciente terminal, vulnera la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.

El tribunal sostuvo que la vida no se reduce a mera subsistencia biológica, sino que debe comprenderse de modo relacional, ligado a la capacidad de vivir con dignidad. Cuando la vida se prolonga en condiciones de sufrimiento incompatible con esta, surge un derecho a morir dignamente. Según Restrepo y Vergara (2024), este fallo “abre un hilo jurisprudencial inequívoco” que marca el nacimiento de este derecho en el orden constitucional colombiano (p. 37).

La Corte, en este fallo, reconoció el derecho a morir dignamente como un derecho fundamental por conexidad con la dignidad humana, la vida, la prohibición de tratos crueles y el libre desarrollo de la personalidad; no aún como un derecho autónomo.

Desde la mirada de Correa-Montoya (2017), la sentencia N° C-239 de 1997 es el inicio de la “emergencia” del derecho a morir dignamente en el continuum de derechos fundamentales colombianos: la Corte impide que el derecho a la vida se reduzca a “mera subsistencia vital” y lo vincula estrechamente con la dignidad como valor, principio y derecho (pp. 133, 135).

3.1.2. Sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional

El paso siguiente en la consolidación del derecho se produjo con la Sentencia N° T-970 del año 2014, en la que la Corte revisó una acción de tutela presentada por una persona en condición grave de enfermedad a quien su servicio de salud negó o no tramitó adecuadamente su solicitud, en un contexto de vacío o insuficiencia regulatoria. El problema jurídico recayó en si la falta de ley y las barreras institucionales podrían impedir la exigibilidad inmediata del derecho a morir dignamente y qué obligaciones en concreto debía asumir el Estado.

En esta sentencia, la Corte Constitucional colombiana reconoció explícitamente que la muerte digna es un derecho fundamental autónomo, dejando atrás su reconocimiento inicial como derecho por conexidad. Esta sentencia subraya dos aspectos esenciales: primero, que el sufrimiento intolerable es una valoración subjetiva del paciente; y segundo, que la falta de ley no impide la exigibilidad del derecho ni la obligación estatal de garantizarlo.

Restrepo y Vergara (2024) destacan que la sentencia T-970 de 2014 califica este derecho como “un derecho fundamental complejo y autónomo que se puede traducir en un derecho subjetivo”, es decir, con contenido exigible y sujetos obligados (pp. 46). Correa-Montoya (2020) subraya que es en la sentencia T-970 de 2014 donde emerge claramente el derecho fundamental a morir dignamente, es decir, un derecho de rango constitucional que no necesita desarrollo legislativo para ser efectivo (p. 134).

3.1.3. Sentencias N° T-721 de 2017 y T-423 de 2017 de la Corte Constitucional

El desarrollo posterior se orienta a expandir y precisar el contenido del derecho, principalmente a través de tutelas en casos concretos donde el problema iba más allá de autorizar o no un procedimiento, buscaba asegurar condiciones reales para que el paciente controle su proceso de muerte.

Sentencias como las T-721 de 2017 y T-423 de 2017 establecieron que el derecho a morir dignamente no se limita a la eutanasia, sino que constituye un haz de facultades que permiten al paciente ejercer control sobre su proceso de morir, limitar tratamientos fútiles o desproporcionados, y acceder a cuidados paliativos adecuados. Correa-Montoya (2020) explica que el derecho a morir dignamente no se reduce a la eutanasia activa, sino que comprende un conjunto de tres opciones: eutanasia activa, eutanasia pasiva y el acceso a cuidados paliativos, visión que se apoya especialmente en la Sentencia T-721 de 2017, que caracteriza el derecho como

multidimensional, en tanto permite a la persona ejercer control sobre su proceso de morir e imponer límites a terceros en el marco de las decisiones sanitarias (pp. 145-146).

3.1.4. Sentencia N° T-544 de 2017 de la Corte Constitucional colombiana: reconocimiento de NNA

Uno de los desarrollos más relevantes es la ampliación de los titulares de derecho. En la sentencia T-544 de 2017, dictada a propósito de una acción de tutela asociada a un caso pediátrico, la Corte sostuvo que NNA pueden ejercer el derecho a morir dignamente bajo criterios de autonomía progresiva, participación familiar y procedimientos reforzados de verificación. Restrepo y Vergara (2024) destacan que esta sentencia consolida el carácter universal del derecho, al reconocer su titularidad más allá de la población adulta (p. 50).

Esa línea se complementa con protocolos administrativos específicos (como la Resolución 825 de 2018), que establecen garantías adicionales para casos pediátricos.

3.1.5. Sentencia N° C-233 de 2021 de la Corte Constitucional colombiana

Con la Sentencia C-233/21, la Corte Constitucional dio un paso de estabilización normativa al pronunciarse respecto de una acción pública de inconstitucionalidad relacionada con el delito de homicidio por piedad y su encaje con el derecho a morir dignamente ya consolidado. El foco de este caso fue armonizar el derecho penal con la protección constitucional del derecho a morir dignamente, de manera que la práctica médica realizada bajo estándares estrictos no quedara en una zona de incertidumbre.

El tribunal determinó que no incurre en responsabilidad penal el médico que realiza eutanasia a un paciente con enfermedad grave e incurable que padezca sufrimiento insoportable, aun cuando su enfermedad no sea terminal, siempre que haya consentimiento libre e informado. Restrepo y Vergara (2024) identifican esta decisión como un paso decisivo para la estabilización del derecho dentro del sistema penal y constitucional colombiano (pp. 48–49).

3.1.6. Sentencia N° C-164 de 2022 de la Corte Constitucional colombiana

En la Sentencia C-164 de 2022, la Corte extendió la exclusión de responsabilidad penal al suicidio médicamente asistido, a propósito de una acción pública de inconstitucionalidad vinculada a la penalización de la ayuda al suicidio. La Corte debía resolver si correspondía tratar el suicidio asistido bajo estrictos requisitos en términos equivalentes a la eutanasia activa voluntaria.

La decisión equiparó ambas prácticas cuando ocurren autonomía, sufrimiento y acompañamiento profesional, reforzando la centralidad de la autodeterminación del paciente y ampliando las formas constitucionalmente legítimas de asistencia médica para morir (Restrepo y Vergara, 2024, p. 52).

3.1.7. El activismo judicial como motor del desarrollo jurisprudencial

El reconocimiento y consolidación del derecho a morir dignamente en Colombia se ha debido en gran medida al activismo judicial. Restrepo y Vergara (2024) sostienen que este proceso constituye “una corrección jurisprudencial a la omisión legislativa”, dado que el Congreso ha desatendido reiterados exhortos para regular la materia (pp. 56–58).

Correa-Montoya (2021) describe este fenómeno como una verdadera “constitucionalización judicial del morir,” donde la Corte asume un rol activo para garantizar que la dignidad humana tenga eficacia real en el final de la vida (pp. 133–135).

El activismo judicial permitió que Colombia cuente hoy con uno de los sistemas más avanzados de reconocimiento del derecho a morir dignamente en la región, pese a la ausencia de una ley integral.

3.2. Países Bajos

3.2.1. Breve descripción de su regulación

Países Bajos fue uno de los primeros ordenamientos jurídicos en establecer un marco legal explícito para la eutanasia y el auxilio al suicidio a través de un modelo de despenalización condicionada. Esta opción se diferencia con sistemas como el suizo, donde la eutanasia permanece prohibida, pero el auxilio al suicidio puede estar permitido en circunstancias determinadas.

En 2001, Países Bajos promulgó la “Ley sobre comprobación de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio”, que entró en vigor en 2002, y que regula bajo qué requisitos un médico puede acceder a una solicitud del paciente y qué estándares de cuidado y control deben verificarse.

En términos generales, la eutanasia y el suicidio asistido se mantienen como delitos en los artículos 293 y 294 del *Wetboek van Strafrecht* (Código Penal), pero se contempla una excepción consistente en que no hay responsabilidad penal cuando el médico satisface los criterios de debido cuidado definidos por una ley especial (artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio) y cumpliendo con el deber de notificación.

Realizando un recorrido internacional por los índices de eutanasias practicados en el mundo, así como por los modelos de muerte digna desarrollados en cada país en los que la práctica se considera legal, se encuentra Holanda (ahora denominado Países Bajos) como el primer Estado en reglamentar el procedimiento de manera activa (Lampert, 2019, p. 190).

Cabe mencionar que la discusión legislativa en torno a la eutanasia y suicidio asistido en Países Bajos se vio estancada, sin embargo, aquello empujó una evolución jurisprudencial que fue fijando criterios y condiciones para la práctica, la cual incidió en la consolidación posterior del marco normativo (Alfonso & Ortega, 2023, p. 192).

Respecto de esas decisiones jurisprudenciales, se menciona un caso neerlandés especialmente relevante ocurrido en 1973, en el que una médica practicó la eutanasia a su madre, quien se encontraba en un estado grave de salud, además de padecer sufrimiento físico insoportable (Alfonso & Ortega, 2023, p. 193).

3.2.2. Requisitos esenciales y salvaguardias

Posterior a esto hubo más casos, lo que llevó a Países Bajos a fijar los primeros tres requisitos para proceder a realizar el procedimiento de eutanasia. Primero, que el paciente padeciera una enfermedad incurable; segundo, que atravesara un sufrimiento grave, físico o psíquico; y tercero, que hubiese expresado su voluntad de terminar con su vida solicitando la eutanasia (Torres, 2025, p. 3).

Con el tiempo fueron surgiendo más casos, lo que trajo como consecuencia que se amplió la lista de condiciones necesarias para la realización del procedimiento de eutanasia, incorporando como condición que el procedimiento fuera realizado por un médico profesional y que, además, el médico informara al paciente sobre las opciones disponibles y las posibilidades de tratamiento. A ello se suma como salvaguarda característica del modelo neerlandés, la idea de control mediante reporte y revisión posterior del caso por instancias competentes, precisamente para verificar el cumplimiento de los criterios de cuidado debidos. (Torres, 2025, p. 3).

3.3. Bélgica

Bélgica fue el segundo país en despenalizar la eutanasia posterior a la despenalización que realizó Países Bajos. En consecuencia, ambos ordenamientos llevan más de veinte años de regulación jurídica en esta materia, lo que los ha convertido en referencias para el diseño de modelos normativos (Torres, 2025).

La Ley de Eutanasia belga, define esta práctica como “el acto, practicado por un tercero, que pone fin intencionalmente a la vida de una persona a petición de esta última” (Torres, 2025, p. 9). La legislación abarca tanto el supuesto clásico de eutanasia, es decir, el acto que realiza el médico, como el suicidio médicamente asistido, o sea, el acto mediante el cual el médico entrega la sustancia letal y el paciente es quien la ingiere (Torres, 2025, p. 25).

Para entrar un poco en el contexto de Bélgica y su regulación de la eutanasia, tenemos que remontarnos más o menos a los años 90, tiempo en el cual existía una amplia demanda de eutanasia, las cuales eran realizadas de forma absolutamente clandestina, sin embargo, las motivaciones de las personas que recurrían a este procedimiento respondían a dolores y/o sufrimientos persistentes de deterioro severo de la integridad física y psíquica (Torres, 2025, p. 5). La despenalización de este procedimiento buscó reemplazar la clandestinidad por un régimen de condiciones, garantías, control, exigencias formales y deberes específicos para el médico.

Al regular la eutanasia, la legislación belga estableció una serie de requisitos generales aplicables a todos los pacientes que soliciten este procedimiento, los cuales se encuentran regulados en el artículo tercero de la mencionada ley. Para acceder a la eutanasia, deben considerarse tres elementos fundamentales: (i) la autonomía y voluntad del paciente; (ii) la existencia de un sufrimiento psíquico o físico; y (iii) la vigencia de un vínculo del médico con el paciente. (Torres, 2025, p. 13)

Respecto del requisito de voluntariedad, la solicitud debe expresarse de manera libre, reflexiva y reiterada, de modo que se garantice que la decisión no obedece a ningún tipo de presión externa o decisiones impulsivas. En cuanto a la capacidad, el paciente debe ser mayor de edad o menor emancipado, encontrarse consciente al momento de formular la solicitud. Finalmente, respecto del sufrimiento, el médico debe asegurarse que éste exista y sea persistente, de carácter físico o psíquico que afecte de manera relevante al paciente (Torres, 2025, p. 13).

Además de lo anteriormente mencionado, existen condiciones adicionales según la situación del paciente. Tenemos los pacientes con “situación médica sin salida” cuya muerte no es inminente, estos vendrían siendo los pacientes que padecen enfermedades crónicas. En este caso se aplica a pacientes mayores o emancipados que se encuentran bajo un padecimiento físico o psíquico constante de carácter insuperable. A este tipo de paciente se les aplica como requisito que el médico de cabecera posea el deber de consultar con un segundo médico independiente para que éste último evalúe el carácter incurable de la enfermedad e incluso, si la muerte no es próxima en el tiempo, se requiere la intervención de un tercer médico que sea especialista en la enfermedad. (Torres, 2025, p. 13).

En el caso de los pacientes cuya muerte devendrá prontamente, su sufrimiento debe ser insoportable y se puede ejecutar el procedimiento si se cumplen los requisitos generales antes mencionados (Torres, 2025, p. 13).

Ahora bien, a diferencia del resto de países Bélgica ha extendido la eutanasia a los menores sin ningún límite de edad, esto siempre que posean capacidad de discernimiento, lo que es evaluado por un especialista, además de tener la aprobación de los representantes legales del menor (Torres, 2025, p. 13).

Desde el año 2014 aproximadamente, el derecho belga ha autorizado a solicitar la eutanasia para pacientes que posean trastornos mentales del comportamiento, como por ejemplo, condiciones como la anorexia, la depresión, esquizofrenia. Aunque, las solicitudes han sido bastante reducidas en comparación con otras causas médicas. (Torres, 2025, p. 21).

Bélgica fundó una comisión especial para evaluar las condiciones de la eutanasia, la cual es denominada Comisión Federal de Control y Evaluación (CFCE). Dicha comisión realiza un control *ex post*, es decir, posterior a la práctica de la eutanasia, y verifica el cumplimiento de los requisitos mediante la recepción del formulario de registro dentro de los cuatro días siguientes al procedimiento. (Torres, 2025, p. 17).

Finalmente, Bélgica regula la cláusula de conciencia, lo que en Chile conocemos como objeción de conciencia, tema muy polémico en nuestro país sobre todo en materia de aborto. El artículo 14 de la ley belga regula la cláusula de conciencia lo que permite a los médicos decidir no realizar el procedimiento eutanásico por razones de libre conciencia u otro motivo médico, lo que sí, cabe destacar que el médico belga se encuentra en la obligación de informar al paciente sobre el rechazo a realizar este procedimiento de manera oportuna y remitir a otro médico para que realice el procedimiento (Torres, 2025, p. 17).

3.4. Suiza

Otro caso relevante es Suiza, país en el que el procedimiento de eutanasia (entendida como una intervención directa de un tercero para causar la muerte) permanece prohibida, mientras que el suicidio asistido se encuentra despenalizado bajo ciertas condiciones.

La ley suiza no reconoce el concepto legal de “eutanasia” y prohíbe explícitamente que una tercera persona (como un médico) administre una sustancia letal para causar la muerte, incluso si media la solicitud del paciente (Hurst & Mauron, 2003, p. 272). Este acto se regula bajo dos actos del Código Penal suizo. El artículo 114 establece que quien mate a una persona por un motivo “honorable”, especialmente por compasión, tras una petición seria e insistente, será castigado con una pena privativa de libertad de hasta tres años o una multa. Si bien es ilegal, la pena es significativamente menor que la de un homicidio común (Hurst & Mauron, 2003, p. 272). Por su parte, los artículos 111 y 113 señalan que si no se cumplen los requisitos del motivo honorable o la petición de la víctima, el acto puede ser juzgado como homicidio intencional o asesinato.

A diferencia de la eutanasia, el auxilio al suicidio es legal siempre que no existan motivos egoístas por parte de quien presta la ayuda. Así, el Código Penal suizo, particularmente su artículo 115, sólo castiga a quien, por motivos egoístas, incite a alguien al suicidio o le auxilie a cometerlo, por el contrario, si la asistencia se brinda por motivos altruistas, el acto no es punible. Como señala Sayid (1983) el fundamento del altruismo en lugar de la intención egoísta de matar a alguien no es cercano a la jurisprudencia anglosajona, pero es importante en el continente (p. 533).

Suiza tiene una postura inusual respecto al suicidio asistido, pues está legalmente permitido y no requiere la participación de un médico para que el suicidio asistido sea legal, lo cual ha permitido que organizaciones no gubernamentales y ciudadanos comunes participen en el proceso (Hurst & Mauron, 2003, p. 272). Es menester mencionar que para que sea considerado suicidio asistido y no eutanasia, es el paciente quien debe realizar el acto final por sí mismo, por ejemplo, ingiriendo la sustancia letal (Montagna et al., 2023, p. 3).

La intervención de un médico suele considerarse una salvaguardia necesaria en el suicidio asistido y la eutanasia, tal como ocurre en la legislación de Países Bajos, Bélgica y el Estado de Oregón de Estados Unidos. (Sheldon, 2001, p. 322).

En Suiza, el suicidio no está tipificado como delito, y la asistencia al suicidio no se concibe como complicidad en el ilícito penal. Este enfoque descansa, en parte, en la idea de que el suicidio puede constituir una decisión racional en determinadas circunstancias. Asimismo, el ordenamiento suizo no atribuye a los médicos un estatus especial por participar en la asistencia, de modo que la intervención no queda reservada exclusivamente al ámbito sanitario. (Hurt & Mauron, 2003, p. 271).

En la práctica, cuando se reporta un suicidio asistido, se inicia una investigación policial, tal como ocurre en toda muerte no natural; sin embargo, dado que la conducta no configura delito salvo que se acredite un motivo egoísta, la mayoría de los casos se resuelve sin mayores dificultades. La persecución penal se inicia principalmente cuando aparecen elementos que generan dudas, especialmente respecto de la capacidad de la persona para adoptar una decisión autónoma, no obstante, estos escenarios son poco frecuentes. (Hurt & Mauron, 2003, p. 271).

IV. Capítulo IV: Particularidades de grupos específicos y la disponibilidad de su vida

En este tramo de la tesina corresponde hacerse cargo de responder cómo opera y con qué límites la disponibilidad de la vida cuando se trata de ciertos grupos específicos. Para responder ello, se analizarán tres supuestos: (i) personas que padecen enfermedades terminales; (ii) personas mayores; (iii) personas física y mentalmente sanas; y (iv) casos comparados.

1. Enfermos terminales

Este es uno de los escenarios más debatidos, debido a que el curso de una enfermedad terminal puede comprometer, en ciertos casos, la autonomía práctica de quien la padece, por ejemplo, disminuyendo la capacidad funcional, generando dependencia del entorno, produciendo un desgaste emocional, pérdida transitoria o permanente de lucidez por la enfermedad o por la medicación analgésica. En ese contexto, se vuelve inevitable preguntarse si el enfermo terminal pierde su capacidad de disponer libremente de su propia vida.

Desde una perspectiva ética, la distinción entre eutanasia y asesinato se fundamenta en la idea de que cada individuo tiene derecho de decidir sobre su propia vida, especialmente cuando enfrenta una muerte inminente y sin alternativas terapéuticas reales. Bajo este enfoque, la vida conservaría su valor en la medida en que el sujeto pueda orientarla libremente, por ejemplo, sosteniendo proyectos, vinculándose con otros y acceder al bienestar (Roa, 1998). Incluso se ha planteado que, si el paciente pierde lucidez, familiares cercanos podrían solicitar eutanasia atendiendo a lo que el enfermo pensaba en un periodo anterior (Roa, 1998, p. 112).

Sin embargo, esto implica un error según Roa (1998): trasladar a ese momento crítico final opiniones expresadas por la persona en condiciones de salud (y con una idea abstracta de la muerte) no necesariamente reproduce lo que la persona decidiría al enfrentar efectivamente su situación. Como advierte Roa (1998), se trata de un error asumir continuidad automática de lo dicho antes y la decisión ahora, porque la experiencia concreta de la enfermedad transformaría percepciones, prioridades y temores.

Al igual que como lo expresa el autor Armando Roa, no creemos que por el hecho de padecer una enfermedad terminal que pueden hacer perder al paciente de su estado de lucidez, ya sea por la enfermedad misma o la medicación que se ocupa para paliar el dolor, sea un argumento suficiente para que sus familiares traten de tomar una decisión que “habría ido en concordancia con los pensamientos del enfermo terminal en un estado de lucidez de la persona”, ya que, las personas cambian, evolucionan, reinterpretan su vida y pueden modificar convicciones con el tiempo. Además, el problema se intensifica cuando no existe una relación afectiva real con la familia o hay

conflictos previos, pues en tales casos, trasladar la decisión a parientes próximos sería todavía más riesgoso y, en términos prácticos, más vulnerable a abusos o proyecciones.

1.1. El sufrimiento insuperable

En cuanto al siguiente punto cabe referirse al sufrimiento insuperable de la persona humana.

Los partidarios de la eutanasia voluntaria sostienen que esta práctica beneficia al paciente terminal al liberarlo de sufrimientos en una vida que consideran ya sin propósito, y que también alivia a su familia y a la sociedad del esfuerzo y los altos costos asociados a los cuidados prolongados y a las tecnologías médicas que extienden artificialmente su existencia. Afirman, además, que no corresponde a la dignidad humana permanecer en un estado prácticamente vegetal, y aplican argumentos similares a los adultos mayores con demencia, considerados “incapaces” de cooperar con quienes lo rodean y descritos incluso como “cadáveres vivientes” según ciertas categorías recientes. En síntesis, los defensores de esta postura basan su apoyo en tres razones principales: liberar al individuo del sufrimiento, reducir los gastos vinculados a la enfermedad y preservar la dignidad evitando una imagen degradante (Roa, 1998, p. 114).

No obstante, estos argumentos no resultan del todo persuasivos. En cuanto a la supuesta imagen indigna de los ancianos con demencia, este juicio se suma al estigma que ya implica pertenecer al grupo de los “viejos”, tan desvalorizado en la actualidad. Así, la dignidad de los enfermos terminales y de los adultos mayores se asocia más a la apariencia externa que al simple hecho de ser personas, como planteaba Kant. Se deja de lado la trayectoria de vida que sostiene esa apariencia, como si la existencia humana no tuviera historia y se redujera a momentos aislados que cada uno debería justificar por sí mismo (Roa, 1998, p. 114).

En relación con el dolor y otros padecimientos físicos, estos pueden ser controlados en al menos un 95% de los casos con los recursos médicos disponibles hoy en día. Si realmente el sufrimiento fuera tan insoportable como para desear la muerte, no se comprendería, por ejemplo, que la tasa mundial de suicidio entre pacientes con cáncer sea igual a la de la población general (Roa, 1998, p. 114).

Si bien, al autor del libro *Ética y Bioética* no le parece que el sufrimiento y dolores sean razón suficiente para defender a la eutanasia voluntaria, discrepamos en este punto con el autor, debido a que hay veces que los dolores y sufrimientos debido a lo intenso de la enfermedad no se pueden manejar al 100%, inclusive, el cuerpo humano genera resistencia por ejemplo, a la morfina, la cual se ocupa ante situaciones de mucho dolor y generalmente como ultima ratio para paliar el dolor, pero cuando el enfermo lleva meses con una enfermedad terminal, su cuerpo resiste el medicamento y no hay otra opción para aliviar el dolor, por ende, por qué una persona debiese verse obligada a tolerar este sufrimiento cuando su destino inevitable será morir de igual manera.

“Los defensores de la eutanasia sostienen que quienes defienden el paradigma estricto (vgr. la vida es sagrada e indisponible) son crueles porque la vida con gran sufrimiento y sin esperanza de supervivencia carece de sentido” (Khuse, 1999, p. 406).

Como se señaló en párrafos anteriores, es cruel alargar el sufrimiento de la persona con intenso dolor, más aún cuando la muerte es inevitable y se acerca de todas maneras a la persona humana que está padeciendo.

Calsamiglia, hablando de la eutanasia, lo dice del siguiente modo: “El estado no puede imponer el sufrimiento a las personas que piden morir” (Calsamiglia, 1987, p. 345). Al igual que el autor, sostenemos que el Estado, no puede obligar a sufrir a una persona que quiere disponer de su propia vida, ya que, objetivamente no se encuentra vulnerando ningún derecho ajeno, si no el derecho de el mismo que se ve ponderado ante el sufrimiento insuperable.

Consideremos el caso de una persona adulta, plenamente capaz, que ha tomado de manera seria y reflexiva la decisión de suicidarse. En estas circunstancias, la muerte se presenta para ella como una opción preferible a continuar viviendo, y no se trata de una preferencia superficial, sino de una elección profundamente significativa. Para ese individuo, la vida se ha vuelto tan insostenible que optar por morir resulta más razonable desde su perspectiva. La idea de que la vida es indisponible implica, en la práctica, obligar a esa persona a seguir existiendo a pesar de que su situación le resulte intolerable. Si pensamos en un paciente terminal que inevitablemente fallecerá pronto y que experimenta un sufrimiento intenso, y que además posee la capacidad y el deseo de poner fin a su vida para tener una muerte digna, obligarlo a continuar viviendo en esas condiciones degradantes y a morir del peor modo posible constituye un trato cruel, e incluso se puede considerar que es inhumano.

Tal imposición no solo vulnera su derecho a la integridad psíquica, sino que también contraviene el derecho internacional que el artículo cinco de la Constitución ordena respetar y promover (Figueroa, 2008, p. 293).

Tal como lo indica la cita anterior, prolongar la vida de una persona que se encuentra en condiciones miserables, bajo un sufrimiento constante no puede menos que ser crueldad misma, y además transgresión a derecho internacional, que estamos compelidos a cumplir.

2. Personas mayores

Ahora bien, cuando hablamos de personas mayores, se abre un gran debate, ya que, se suele discutir si la edad impacta a la hora de que la persona humana tenga la capacidad de disponer libremente de su propia vida.

Para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado (OEA, 2015, art. 6).

Por ello, no es correcto asumir que, por el solo hecho de ser mayor, la decisión de poner término a la vida sea menos válida o racional. Puede ocurrir que una persona se sienta realizada, que evalúe su calidad de vida de manera distinta o que quiera evitar un proceso de deterioro que percibe como incompatible con su identidad. El punto central es no confundir edad con incapacidad, y reconocer que la protección estatal debe estar orientada a prevenir abusos y discriminación, no a vaciar la autonomía.

3. Personas física y mentalmente sanas

Preguntarse si una persona que se encuentra tanto física como mentalmente sana tiene derecho a disponer de su vida suele ser más discutido debido que la gente se cuestiona por qué una persona que no padece ninguna enfermedad ni física ni mental querría tomar la decisión de disponer de su propia vida, y la verdad es válido, sin embargo, esto lo que genera es una anulación de su persona.

Negar a una persona competente la posibilidad de decidir sobre su propia vida significa obligarla a perseguir objetivos distintos de los que ella misma ha elegido. Esto supone invalidar su capacidad de juicio y su autonomía moral, tratándola como si careciera de competencia básica y necesita ser dirigida bajo una lógica paternalista (Figueroa, 2008, p. 294).

Esto genera en la persona una contradicción jurídica, ya que, el prohibir disponer de la vida propia es casi como considerar una persona bajo las causales de incapacidad presentes en el artículo 1447 de nuestro código civil, haciendo algún tipo de analogía jurídica.

Es importante señalar que la Constitución otorga un rol fundamental a la autonomía personal en su artículo primero, y que este principio constituye la base de los derechos fundamentales establecidos en los capítulos II y III. En consecuencia, la idea de que la vida es indisponible resulta incompatible con el principio constitucional de la autonomía. Forzar a una persona a continuar viviendo, particularmente en casos de sufrimiento extremo, contraviene dicho principio. Si bien la mayoría de la doctrina nacional que defiende la indisponibilidad de la vida reconoce la autonomía como un valor esencial y considera que cada individuo debe tener control sobre su propia existencia, resulta contradictorio que excluyan precisamente la decisión final sobre la vida de ese ámbito de control (Figueroa, 2008, p. 293)

Aquí, si bien se menciona como ejemplo a una persona que se encuentra bajo un enorme sufrimiento físico, punto que ya fue tratado anteriormente, también es pertinente agregar a las personas que no lo padecen.

¿Por qué deberíamos pensar que una persona que se encuentra bajo un sufrimiento insuperable tiene más libertad para disponer de su propia vida que una persona que no se encuentra bajo este estado e incluso, está completamente sana?

4. Niños, niñas y adolescentes

La aplicación de la eutanasia en NNA es una discusión que complejiza aún más el debate ético y legal ya existente en torno a este procedimiento en personas adultas (Beca y Leiva, 2014, p. 608). Actualmente, solo un reducido número de países ha legalizado la eutanasia y/o el suicidio asistido y, entre ellos, solo Bélgica, Holanda y Colombia contemplan la posibilidad de aplicarla en menores de edad (Lampert, 2019, p. 1).

En Chile, la ley penal o el Código Penal no tipifica expresamente la eutanasia, pero su práctica se enmarcaría en el delito de homicidio, tal como se analizó en el punto 2.1 del capítulo II, o infanticidio si se trata de un recién nacido menor de 48 horas (Beca & Leiva, 2014, p. 609). Sin perjuicio de ello, como señala Esparza (2019) en Chile se ha discutido la materia particularmente en el Congreso Nacional, en donde se han presentado diversos proyectos de ley que pueden agruparse en dos grandes bloques: un primer grupo, que permite la eutanasia activa y pasiva en menores de edad sin establecer una edad mínima, atribuyendo en principio la decisión a sus padres (Boletines 3690-11; 4201-11 y 9602-11); y un segundo grupo, que circunscribe la eutanasia exclusivamente a personas mayores de edad (Boletines 7736- 11; 9644-11; 11577-11; 11703-11 y 11745-11) (p. 25).

En la legislación comparada se constatan diferencias relevantes en cuanto a edades mínimas y requisitos. En Colombia, por ejemplo, la eutanasia para NNA fue autorizada mediante la Sentencia T-544 de 2017 de la Corte Constitucional, que ordenó una regulación urgente para garantizar este derecho considerando las características propias de los NNA (Lampert, 2019, p. 9). En el marco colombiano se permite el procedimiento desde edades tempranas, abarcando a NNA entre 6 y 7 años (Lampert, 2019, p. 1).

Holanda, por su parte, autoriza la eutanasia para mayores de 12 años, mientras que Bélgica no fija una edad mínima, sino que exige que el menor esté emancipado o dotado de discernimiento (Lampert, 2019, p. 1).

4.1. El desafío del consentimiento informado en menores y su capacidad para disponer de su propia vida

El desafío central en la regulación de la eutanasia en NNA es la determinación de su capacidad para disponer de su propia vida, lo cual exige determinar su capacidad de discernimiento y su comprensión sobre la irreversibilidad de la muerte (Lampert, 2019, p. 1).

Desde una perspectiva de derechos fundamentales, los menores de edad son titulares de todos los derechos fundamentales reconocidos a las personas en la Constitución y Tratados Internacionales (Esparza, 2019, p. 31). Sin embargo, su ejercicio es de carácter progresivo y, por ello, en decisiones sanitarias de especial gravedad cobra especial relevancia el concepto de madurez (Esparza, 2019, p. 31). La madurez puede ser evaluada mediante la identificación de franjas de edad orientativas, la aplicación de cuestionarios, o estudios médicos que miran la realidad concreta (Esparza, 2019, p. 32).

En la legislación comparada se establecen requisitos de capacidad:

Bélgica exige un examen psicológico que confirme la capacidad de discernimiento del menor, además de comprobar que la solicitud es voluntaria, reiterada y libre de presiones externas (Beca & Leiva, 2019, p. 609).

Países Bajos distingue por tramos de edad: entre 12 y 16 años se requiere que el adolescente esté en condiciones de efectuar una valoración razonable de sus intereses; entre 16 y 18 años, que pueda expresar su voluntad y valorar razonablemente sus intereses en el asunto (Esparza, 2019, p. 27).

Colombia contempla NNA entre 6 y 12 años, para quienes se exige una evaluación exhaustiva de psiquiatría infantil destinada a constatar: (1) un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional y (2) la comprensión de la muerte propia como un hecho irreversible e inexorable (Lampert, 2019, pp. 7 y 8). Solo el cumplimiento íntegro de estos criterios permite considerar que la manifestación de voluntad es informada e inequívoca (Lampert, 2019, p. 8).

4.2. El rol de los padres: ¿pueden disponer por ellos?

El rol de los padres o de quien ejerza la patria potestad es un requisito central que varía según la edad del menor y la jurisdicción pero que, en general, supone la necesidad de informar al adulto responsable o de contar con su autorización (Lampert, 2019, p. 1).

En Países Bajos, para menores de 12 a 16 años se exige el consentimiento de los padres o del tutor; y para menores de entre 16 y 18 años no necesitan la autorización de los padres, pero sí estar involucrados en el proceso de toma de decisiones (Lampert, 2019, p. 9).

En Bélgica, la ley exige que los padres autoricen la eutanasia en forma expresa y por escrito antes de que pueda ser aplicada a un menor (Beca & Leiva, 2014, p. 609), además de informar al adulto con la patria potestad (Lampert, 2019, p. 1).

En Colombia, la Resolución 825 de 2019 establece que: (a) para NNA de 6 a 12 años se requiere la autorización de quien tenga la patria potestad, y el procedimiento solo puede realizarse en casos excepcionales (Lampert, 2019, p. 6); (b) para NNA de 12 a 14 años también se exige autorización del titular de la patria potestad, sin embargo, si la opinión del NNA se contrapone a la del adulto, prevalece la voluntad del menor (Lampert, 2019, p. 6). Para NNA de 14 a 17 años basta con que se informe a quien ejerza la patria potestad (Lampert, 2019, p. 7).

Adicionalmente, el médico tratante tiene la obligación de evaluar la condición psicológica y emocional del NNA y la competencia de quien ejerza la patria potestad. Debe descartarse la presencia del denominado “síndrome del cuidador cansado” y eventuales conflictos de interés o ganancias secundarias por parte del adulto responsable (Lampert, 2019, p. 7).

4.3. El caso de Bélgica

Teniendo en cuenta lo tratado anteriormente en punto 3.3 del Capítulo III, Bélgica es uno de los pocos países que ha legislado en torno a la eutanasia en menores, legalizándola mediante la *Loi relative à l'euthanasie* en 2002 (Lampert, 2019, p. 2). En febrero de 2014, el parlamento belga aprobó una ley que modifica la ley anterior para extender la eutanasia a los menores sin distinción etaria (Beca y Leiva, 2014, p. 609).

Lampert (2019) sintetiza los requisitos específicos para menores en Bélgica, incluyendo, entre otros, que: (a) el paciente sea un menor emancipado o un menor dotado de discernimiento y se encuentre consciente al momento de la solicitud; (b) la solicitud sea voluntaria, reiterada y no resultado de presiones externas; (c) el menor se encuentre en una situación desesperada, con sufrimiento constante e insoportable (físico o psíquico) que no puede ser aliviado; (d) el sufrimiento sea causado por una lesión o condición patológica grave e incurable; (e) tratándose de un menor con capacidad de discernimiento, se encuentre en una situación terminal con un resultado de muerte previsto en un futuro próximo; (f) se someta al menor a un examen psicológico para confirmar su capacidad de discernimiento; y (g) los padres autoricen la eutanasia expresamente y por escrito.

Pese a la ampliación de la ley para incluir a los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), el informe *Commission Fédérale De Contrôle Et D'évaluation De L'euthanasie 2014-2018* muestra que la gran mayoría de los casos de eutanasia ocurre en personas mayores de 60 años, sin registrarse casos de NNA durante dicho periodo (Lampert, 2019, p. 4)

4.4. La protección especial de la infancia como límite a la autonomía y la disponibilidad

La protección de la infancia se fundamenta en la Convención Internacional sobre los Derechos del niño de 1989, que cambió el paradigma al reconocer a los NNA como sujetos de derechos y no solo como objetos de protección (Esparza, 2019, p. 31).

El principio fundamental que rige es el “interés superior del niño” (Esparza, 2019, p. 31), principio que es un concepto indeterminado que debe ser evaluado caso a caso y que combina la protección clásica de los niños con la debida autonomía de estos en los asuntos que les conciernen (Esparza, 2019, p. 31).

Los mecanismos de protección se implementan a través de requisitos rigurosos para asegurar que la solicitud sea verdaderamente informada y libre:

Primero, la Convención establece el derecho de los NNA a expresar su opinión libremente cuando estén en condiciones de formarse un juicio propio, y esta opinión debe ser debidamente considerada (Esparza, 2019, p. 31). Negar la posibilidad de eutanasia *a priori* contradiría este derecho a ser oído (Esparza, 2019, p. 32).

Segundo, la necesidad de contar con criterios adicionales como la madurez, es clave para evaluar la progresividad del ejercicio de los derechos fundamentales, siendo esencial para determinar la capacidad de los NNA para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido (Esparza, 2019, pp. 31-33).

Tercero, en Colombia se excluye la eutanasia a los menores de 6 años, así como a los NNA que tengan alteración de consciencia, discapacidades intelectuales o trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren su capacidad para emitir un juicio reflexivo (Lampert, 2019, p. 7).

Cuarto, la protección se refuerza mediante el deber del médico de informar sobre el derecho a recibir cuidados paliativos pediátricos y la obligación de ofertar y garantizar esta atención siempre (Lampert, 2019, p. 7).

En conjunto, estos requisitos buscan asegurar que, dado que la capacidad *iusfundamental* es la regla general, cualquier restricción (en este caso, la edad) se evalúe de manera pormenorizada y se interprete restrictivamente (Esparza, 2019, pp. 32, 33).

5. Casos comparados

Ahora bien, para hablar del derecho a elegir cuándo morir, resulta útil revisar casos internacionales que han operado como hitos públicos y que han tensionado marcos legales y debates éticos.

En primer lugar, uno de los casos más influyentes en el debate estadounidense fue el de Brittany Maynard, mujer de 29 años, oriunda de California. La primera señal fueron dolores de cabeza inhabilitantes y sostenidos en el tiempo durante los primeros meses de 2014, que la llevaron a consultar. Se le realizaron diversos exámenes, de los cuales los médicos la diagnosticaron con un glioblastoma multiforme grado 4, descrito como un tumor de alta agresividad y rápida progresión (Roffo, 2025). En abril de 2014, sus médicos le comunicaron un pronóstico de vida de 6 a 14 meses, junto con un deterioro esperado que incluía intensificación del dolor, pérdida de memoria, convulsiones frecuentes y la posibilidad de perder la visión y el habla (Roffo, 2025).

Frente a aquello, Brittany decidió no someterse a tratamientos cuyo efecto sería prolongar una vida que estaría marcada por un sufrimiento creciente, y optó por mudarse a Oregón, Estado que contaba con la *Death with dignity act* (Ley de muerte con dignidad) (Roffo, 2025), ley promulgada en 1997 que permite que personas con enfermedad terminal puedan poner fin a su vida mediante la autoadministración voluntaria y controles legales. En Oregón las condiciones para el suicidio asistido eran: (i) ser paciente de una enfermedad terminal; (ii) que se encontrase mentalmente capaz; (iii) que tuviera un pronóstico de 6 meses. Solo en ese caso, la persona podía solicitar que el médico le recetara el “cóctel” farmacológico. Así, en noviembre de 2014 Brittany murió. (Roffo, 2025)

Otro caso emblemático, es el del ex primer ministro neerlandés Dries van Agt y su esposa, Eugenie Krekberg. Ambos de 93 años, fallecieron el 5 de febrero de 2024 mediante lo que la prensa denominó una “dúo-eutanasia”, esto es, la realización de procedimientos eutanásicos en el mismo marco temporal para ambos miembros de la pareja (BBC News Mundo, 2024).

Van Agt arrastraba secuelas severas tras un derrame cerebral en 2019, del cual nunca logró recuperarse, mientras que la salud de su esposa también se encontraba en deterioro, afectando su calidad de vida (BBC News Mundo, 2024). Tras más de 70 años de matrimonio, habrían expresado la decisión de morir juntos, convencidos de no querer vivir uno sin el otro, lo que visibilizó internacionalmente una práctica poco frecuente pero existente en Países Bajos. El matrimonio que murió tomado de las manos tras una doble eutanasia (BBC Mundo, 2024).

V. Capítulo V: el debate en Chile y perspectivas futuras

La discusión legislativa sobre la eutanasia en Chile se ha desarrollado en las últimas dos décadas a partir de múltiples iniciativas parlamentarias, intentos frustrados y una creciente presión social por reconocer el derecho a decidir sobre el final de la vida. Desde las primeras mociones presentadas en el Senado a comienzos de los años 2000, pasando por proyectos más sistemáticos en la Cámara de Diputadas y Diputados, y la actual tramitación del proyecto sobre “muerte digna y cuidados paliativos”, el debate ha transitado desde marcos moral-religiosos hacia un enfoque centrado en derechos del paciente, autonomía y dignidad (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 2019).

1. Proyecto de ley de eutanasia en Chile

El proyecto que hoy se encuentra en su segundo trámite constitucional en el Senado nace de la refundición de cuatro mociones parlamentarias: los Boletines N° 7736-11, 9644-11, 11577-11 y 11745-11, impulsados por diputadas y diputados de centroizquierda, izquierda y sectores liberales de la derecha (entre otros, Adriana Muñoz, Gaspar Rivas, Karol Cariola, Vlado Mirosevic, Andrés Longton y Erika Olivera) (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 1-2). La Comisión de Salud del Senado (2025) aprobó la idea de legislar en general por mayoría, bajo urgencia “suma” y sin normas de quórum especial (p. 2), lo que da cuenta de un escenario político-legislativo estrecho pero suficiente para abrir la discusión particular sobre el diseño final de garantías y límites. El objetivo declarado por la Comisión de Salud es “establecer un marco jurídico que permita a una persona que, cumpliendo los requisitos legales, decida y solicite voluntariamente asistencia médica para morir” (Comisión de Salud, 2025, p. 2).

Desde el punto de vista sistemático, el proyecto no crea una ley autónoma, sino que modifica la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes, incorporando un nuevo párrafo “Del derecho a no padecer dolores o sufrimientos intolerables, a evitar la prolongación artificial de la vida y a solicitar la asistencia médica para morir”, mediante los artículos 16 A a 16 L, y agregando una sección de artículos 20 A a 20 C (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 72-82); de esta manera, se configura a la eutanasia y el suicidio asistido como prestaciones sanitarias dentro del catálogo de derechos del paciente. En esa línea, el propio informe de la Comisión de Salud del Senado (2025) ordena el debate en torno a tensiones normativas específicas, tales como el reforzamiento de cuidados paliativos, la relevancia del derecho a la vida, la autonomía, la distinción entre eutanasia pasiva y activa, la fuerza obligatoria de la voluntad anticipada y la pertinencia de la objeción de conciencia tanto individual como institucional (pp. 6-7).

El artículo 16 A reconoce que tienen derecho a decidir y solicitar asistencia médica para su muerte, las personas a quienes se les haya diagnosticado un problema de salud grave e incurable, y a continuación define que dichos problemas de salud tienen lugar cuando (a) es diagnosticada con una enfermedad terminal”, o (b) se le ha diagnosticado una enfermedad o dolencia seria e incurable, acompañada de una disminución avanzada e irreversible de las capacidades y de sufrimientos físicos persistentes e intolerables que no pueden ser aliviados en condiciones que la persona considere aceptables (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 73). Asimismo, el artículo define la “asistencia médica para morir” en dos modalidades: la eutanasia, entendida como la administración directa por un profesional de la salud de una sustancia que cause la muerte, indicada y supervisada por médico cirujano; y el suicidio médicamente asistido, consistente en la prescripción y dispensación de una sustancia que la propia persona se autoadministra, igualmente bajo supervisión médica (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 73).

El artículo 16 B establece requisitos copulativos estrictos para acceder a la asistencia médica para morir: (i) padecer un problema de salud grave e irremediable, diagnosticado por dos médicos especialistas; (ii) ser chileno, residente legal o acreditar más de doce meses de permanencia continua

en el país; (iii) ser mayor de 18 años, sin admitir excepción; (iv) encontrarse consciente al momento de la solicitud, salvo el caso de voluntad anticipada; (v) contar con certificación de un médico psiquiatra que acredite pleno uso de las facultades mentales y descarte trastornos que alteren significativamente el juicio; y (vi) manifestar una voluntad expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre de presiones externas (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 74). La reiteración debe quedar registrada en varios momentos: diagnóstico, ofrecimiento de cuidados paliativos, evaluación psiquiátrica y momento inmediatamente anterior a la asistencia médica para morir (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 74).

En los artículos 16 C a 16 F se regulan el procedimiento de solicitud y las garantías del consentimiento. La solicitud debe formularse preferentemente por escrito, con constancia escrita en todo caso, ante dos testigos y un ministro de fe, quienes levantan un acta; los testigos no pueden tener interés patrimonial en la muerte del declarante ni integrar el equipo tratante (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 74-77). El médico tratante debe iniciar un proceso deliberativo, informar alternativas terapéuticas y cuidados paliativos, verificar requisitos, recabar segunda opción médica independiente, y ofrecer inmediatamente antes del procedimiento la posibilidad de desistir, recabando consentimiento expreso final (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 76-77). El artículo 16 F reafirma que los medios utilizados deben ser eficaces, rápidos y causar el mínimo sufrimiento físico y psíquico, pudiendo emplearse en el establecimiento o en el domicilio, y reconoce expresamente el derecho a desistir “un instante antes” de la causación de la muerte, incluso por medios no verbales (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 77). Como salvaguarda adicional de política pública, el artículo 16 H prohíbe estrictamente la publicidad sobre la oferta de centros, servicios, prestaciones o procedimientos destinados a poner término a la vida conforme a la ley, sin perjuicio del derecho del paciente a recibir información clínica (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 78).

Un elemento innovador del proyecto es la institucionalización de los documentos de voluntad anticipada. El artículo 16 I define la voluntad anticipada como el acto por el cual una persona capaz y mayor de edad expresa su decisión futura de recibir asistencia médica para morir si llegare a padecer un problema de salud grave e irremediable y se viera impedida de ejercer su derecho por encontrarse inconsciente o privada irreversiblemente de sus facultades mentales (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 78). Esta declaración debe cumplir las formalidades de los testamentos solemnes abiertos del Código Civil, permite designar “personas de confianza” sin interés patrimonial para que comuniquen la voluntad al equipo médico y debe inscribirse en el Registro Nacional de Testamentos, bajo sanción de nulidad si no consta allí (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 78-79). Complementariamente, el artículo 16 L dispone que, a solicitud expresa de la persona, podrá dejarse constancia en la cédula nacional de identidad de la existencia y vigencia de la voluntad anticipada (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 79).

La voluntad anticipada es revocable mientras la persona conserva capacidad, pero se vuelve vinculante cuando se verifican las condiciones médicas y de incapacidad previstas en la ley (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 79).

Respecto de la objeción de conciencia, el artículo 16 G reconoce el derecho del médico requerido y del resto del personal de salud a abstenerse de participar en la asistencia médica para morir si han manifestado su objeción previamente al director del establecimiento; en tal caso, el establecimiento debe reasignar de inmediato otro profesional no objetor y, si todos lo fueran, derivar al paciente a otro centro (Comisión de Salud del Senado, 2025, p. 77). El texto aprobado contempla además la posibilidad de que instituciones privadas, cuyo ideario sea incompatible con la eutanasia, se exceptúen de practicarla, imponiéndoles deberes de información y derivación (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 78).

Finalmente, los artículos 20 A a 20 C establecen mecanismos de revisión y registro: facultan al médico para requerir dictamen del comité de ética asistencial; obligan a remitir antecedentes al director del establecimiento y al director del Servicio de Salud; y ordenan a este último constituir un comité que diseñará formularios de registro para cada caso de asistencia médica para morir (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 79-81). Estos registros, confidenciales en lo relativo a datos identificatorios, buscan permitir el seguimiento y control de la práctica, en línea con las comisiones de revisión existentes en Países Bajos o España (Gobierno de los Países Bajos, 2013; Ministerio de Sanidad de España, 2021).

En coherencia con estas modificaciones, el proyecto también modifica los artículos 14 y 16 de la Ley N° 20584 con el fin principal de eliminar la prohibición de prácticas eutanásicas (Comisión de Salud del Senado, 2025, pp. 72-73). La eutanasia y el suicidio médicamente asistido pasan así de ser conductas penalmente relevantes a prácticas lícitas bajo condiciones estrictamente reguladas.

2. Vacíos y debilidades en el diseño actual

Pese a su nivel de detalle y a la incorporación de múltiples salvaguardas, el proyecto presenta tensiones y vacíos relevantes desde una perspectiva de la concepción de la vida como un bien jurídico relativamente disponible y desde un enfoque de justicia social.

En primer lugar, el fundamento constitucional se formula de manera implícita. El informe de la Comisión de Salud del Senado (2025) vincula la iniciativa con los derechos a la vida, a la integridad física y psíquica y a la protección de la salud del artículo 19 N° 1 y N° 9 de la Constitución (p. 85), pero el texto legal no enuncia que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido constituyan un desarrollo del contenido del derecho a una vida digna ni que la vida sea, en ciertas condiciones, un bien jurídico disponible por su titular. En términos dogmáticos, la eutanasia aparece principalmente como una causa de exclusión de responsabilidad penal y sanitaria, más que como un derecho subjetivo exigible, lo que facilita que subsistan lecturas de la vida como bien absolutamente indisponible (Lampert, 2019, pp. 4-5).

En segundo lugar, el diseño de la objeción de conciencia, aspecto clave para la efectividad del acceso, contiene ambigüedades que pueden traducirse en una exclusión material. En concreto, el artículo 16 letra g) contempla la objeción de conciencia personal, en virtud de la cual el médico llamado a practicar la asistencia médica para morir puede excusarse comunicándolo al director del establecimiento, y el establecimiento debe asignar otro médico no objetor. Sin embargo, aunque el inciso quinto de la misma norma aclara que la objeción es “siempre” de carácter personal, introduce inmediatamente una excepción para las instituciones privadas de salud que consideren que el procedimiento es contrario a valores o ideales previamente definidos, habilitándolas a exceptuarse de realizar la prestación. Esta apertura por su formulación amplia podría reproducir tensiones ya observadas en otros ámbitos.

El problema se agrava en el sistema de salud pública por razones operativas, pues si bien el modelo permite que no solo el médico, sino que también parte del equipo que participa en el procedimiento objete conciencia, en zonas periféricas con dotaciones reducidas la garantía de “asignación de un no objetor” puede volverse ilusoria. Aquí cabe preguntarse ¿cómo se asegura el acceso efectivo cuando el personal disponible es mayoritariamente objetor? Si el acceso queda condicionado por la oferta local de profesionales no objetores o por la capacidad económica del paciente para trasladarse, el derecho se transforma en una promesa desigual, que depende de factores ajenos a la voluntad del titular. Esta problemática se acentúa aún más, pues se está hablando del final de la vida, momento marcado por la fragilidad física y emocional, los vínculos de cuidado y la necesidad de continuidad. Imponer traslados o derivaciones por falta de disponibilidad real introduce una carga socialmente diferenciada, económica, territorial, de

accesibilidad y de redes de cuidado, que segmenta el acceso entre quienes pueden desplazarse o pagar alternativas y quienes no, convirtiendo la autonomía en un privilegio.

En tercer término, aunque la noción de “problema de salud grave e irremediable” no se restringe a la fase terminal, el énfasis recae en condiciones físicas terminales o en enfermedades serias e incurables con incapacidad avanzada y sufrimiento fundamentalmente físico (Comisión de Salud, 2025, p. 73). El sufrimiento psíquico solo aparece de manera indirecta, mientras que legislaciones como la española o la canadiense incluyen expresamente el sufrimiento psíquico extremo y refractario. La regulación chilena resulta, en este punto, más conservadora, lo que limita su capacidad para responder a situaciones de padecimiento crónico o neurodegenerativo no estrictamente terminal.

En cuarto lugar, el proyecto excluye categóricamente a menores de edad y utiliza una noción tradicional de “persona capaz” para la voluntad anticipada, lo que la experta en Derecho de Familia y Niños, Niñas y Adolescentes, Daniela Horvitz criticó, por considerarlo contrario a la Constitución, toda vez que ella garantiza la igualdad de todas las personas y lo que ocurre con esa exclusión es un acto de discriminación (Comisión de Salud, 2025, p. 18). Así, también argumentó que la exclusión es contraria también a la Convención de los Derechos del Niño, en cuanto establece que es deber del Estado proteger a los NNA de cualquier tipo de discriminación y otorgar cuidado y protección necesarios para su bienestar, entre otros argumentos (Comisión de Salud, 2025, p. 85).

En quinto lugar, la efectividad de la autonomía reconocida por el proyecto se ve condicionada por desigualdades estructurales del sistema de salud. La ampliación formal del derecho a cuidados paliativos y a la asistencia médica para morir no se acompaña, en el texto, de metas de cobertura, financiamiento ni distribución territorial específicas, a pesar de haber sido uno de los aspectos centrales del debate (Comisión de Salud, 2025). Si la red pública no ofrece paliativos integrales ni equipos no objetores a lo largo del territorio, la “opción” de morir dignamente podría quedar restringida a quienes acceden a prestadores privados.

3. Propuesta de un modelo chileno

El proyecto chileno sobre muerte digna y cuidados paliativos representa un avance relevante al reconocer la asistencia médica para morir y al articularla con el régimen de derechos de los pacientes. Sin embargo, desde una concepción de la vida como bien jurídico relativamente disponible por su titular y desde un enfoque de derechos humanos y justicia sanitaria, la propuesta actual resulta todavía incompleta y requiere ajustes. Se proponen elementos mínimos para un modelo chileno más coherente, enfatizando en (i) NNA como sujetos de derecho, (ii) sufrimiento psíquico como causa habilitante, y (iii) objeción de conciencia con aseguramiento efectivo de acceso.

El proyecto vigente excluye de plano a menores de 18 años, lo que responde a una preocupación por la protección reforzada de la infancia, pero entra en tensión con el estatuto contemporáneo de los NNA como titulares de derechos. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconoce a los NNA como sujetos plenos de derechos y obliga a los Estados a considerar el interés superior del niño (art. 3), su derecho a ser oído y a que sus opiniones sean debidamente tomadas en cuenta “en función de su edad y madurez” (art. 12), así como el respeto a sus capacidades evolutivas (art. 5). En materia de salud, instrumentos como la Guía de buenas prácticas del Consejo de Europa sobre participación de niños y niñas en decisiones sanitarias enfatiza que la participación debe ser “significativa”, lo que se entiende como involucrar a los niños de una manera que sea respetuosa, ética y constructiva, lo que implica que la participación no se

detiene con la mera expresión de las opiniones de los niños, sino que es un proceso continuo que requiere que adultos y niños trabajen juntos para coproducir decisiones (pp. 5, 19, 20).

La experiencia comparada demuestra que es posible, aunque polémico, reconocer espacios muy acotados de autodeterminación en el final de la vida para menores con el suficiente discernimiento. Tanto Bélgica como los Países Bajos han desarrollado normativas que, bajo condiciones altamente restrictivas, permiten la eutanasia o el suicidio asistido en menores con sufrimiento insoportable y sin perspectiva de mejoría, siempre que exista capacidad de discernimiento, reiteración de la voluntad y participación decisiva de los progenitores o representantes (Campbell, 2024, p. 4). En el caso neerlandés, la ley permite la eutanasia desde los 12 años, con consentimiento parental obligatorio entre los 12 y los 16 años y participación parental entre los 16 y 18 años; además, exige sufrimiento “insostenible” y sin perspectivas de mejora, solicitud voluntaria y reflexiva, ausencia de alternativas razonables, segunda opinión y revisión ex post por comités regionales (Campbell, 2024, p. 4).

En Chile, el caso de Valentina Maureira, adolescente con fibrosis quística que en 2015 solicitó públicamente a la Presidenta Michelle Bachelet autorización para recibir eutanasia, mostró de manera dramática la tensión entre la protección de la vida, el sufrimiento extremo y la voz de los NNA. Aunque su petición fue rechazada y el caso se canalizó hacia cuidados paliativos y apoyo psicosocial, la discusión puso en evidencia que los adolescentes no son meros objetos de protección, sino agentes morales capaces de formular juicios sobre su propia vida y muerte (Carrasco y Crispi, 2016).

Un modelo chileno más coherente con la CDN y con la idea de NNA como sujetos de derecho no implica abrir indiscriminadamente el acceso a la eutanasia en la infancia, sino, al menos, reconocer normativamente el asunto y prever un espacio acotado para adolescentes maduros en determinadas condiciones, como limitar el eventual acceso a enfermedades graves e incurables o padecimientos imposibilitantes, con pronóstico muy limitado o sufrimiento refractario a todo tratamiento razonable; exigir una evaluación estricta de madurez y capacidad de discernimiento, con participación de equipos interdisciplinarios (pediatría, psiquiatría infanto-juvenil, psicología); requerir el consentimiento informado de los progenitores o representantes, salvo situaciones de conflicto grave donde el interés superior del adolescente, valorado por un tribunal, justifique una decisión distinta; asegurar la intervención de un comité clínico-ético y de un órgano de revisión independiente ex ante.

Otro déficit importante del proyecto chileno es el tratamiento implícito y marginal del sufrimiento psíquico. Aunque la noción de “problema de salud grave e irremediable” podría interpretarse de modo amplio, el énfasis está puesto principalmente en enfermedades somáticas, terminales o físicamente incapacitantes. Esto contrasta con la evolución de algunos ordenamientos comparados, donde el sufrimiento psíquico grave, crónico y refractario se ha ido reconociendo con mucha controversia como causa posible para la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

En los Países Bajos, por ejemplo, la ley exige que el sufrimiento de la persona sea “insostenible y sin perspectiva de mejoría” y no se limita a la dimensión física; en la práctica, el sistema ha admitido casos de pacientes con trastornos psiquiátricos graves y refractarios, bajo criterios de debida diligencia reforzada, segunda opinión especializada y revisión estricta por comisiones regionales. Al respecto, nos remitimos a lo señalado con anterioridad.

Desde una perspectiva bioética y jurídica, negar de plano la relevancia del sufrimiento psíquico supondría desconocer la integralidad de la persona, que incluye dimensión emocional, relacional y mental. Autores como Harris (1990) y, más recientemente, Smith (2012), han insistido en que el valor de la vida no puede medirse sólo en términos biológicos, y que el sufrimiento mental puede

ser tan devastador como el físico cuando es persistente, grave y refractario a tratamientos razonables (Harris, 1990; Smith, 2012).

Para un modelo chileno se propone: reconocer en la ley, de forma expresa, que el sufrimiento puede ser físico o psíquico, siempre que se trate de sufrimiento grave, constante, refractario y valorado mediante evaluaciones psiquiátricas independientes; exigir, en los casos donde predomine lo psíquico, dos evaluaciones especializadas realizadas por psiquiatras o equipos de salud mental independientes, además del médico tratante; establecer plazos de reflexión más largos, protocolos de tratamiento exhaustivo previos y la participación obligatoria de comités clínico-éticos; recopilar y publicar datos desagregados sobre casos en que el sufrimiento psíquico sea la causa principal, para evaluar empíricamente la práctica y ajustar la regulación.

El caso del médico Manuel Almeyda ilustra, desde otro ángulo, la conexión entre sufrimiento psíquico y físico. Aquejado de un cuadro terminal complejo y de un profundo desgaste emocional, Almeyda pidió públicamente que se abriera un canal legal para quienes, en condiciones de enfermedad grave e irreversible, desean poner fin a su vida. Ante la inexistencia de una vía regulada, optó por dejar de comer hasta morir, transformando su muerte en una denuncia contra la falta de una salida digna y mostrando cómo el sufrimiento psíquico, derivado de la percepción de una vida que ha dejado de ser digna, puede convertirse en un factor central en la decisión de morir (Carrasco & Crispi, 2016).

La incorporación explícita de NNA como sujetos de derecho y del sufrimiento psíquico como causa habilitante, bajo fuertes garantías, no implica banalizar la eutanasia ni el suicidio médicamente asistido, al contrario, supone tomarse más en serio la dignidad y la igualdad, la muerte digna forma parte de un proyecto de derechos sociales: no se trata sólo de reconocer libertades individuales, sino de asegurar que todas las personas, incluidos NNA y quienes sufren sufrimientos psíquicos tengan acceso a cuidados, acompañamiento y, en última instancia, a la posibilidad de no prolongar una existencia que consideran indigna.

En este sentido, una ley que reconozca el papel de los NNA como sujetos de derecho, integre el sufrimiento psíquico con criterios de prudencia y control, garantice cuidados paliativos universales y apoyos en salud mental, y asegure controles democráticos y transparencia, no debilita la protección de la vida, sino que la reconceptualiza como protección de una vida que merece ser vivida. Y, en los casos extremos donde esa condición ya no puede restituirse, como respeto a la decisión libre y reflexiva de quien pide morir, sea una persona adulta o, bajo estándares reforzados, una persona menor de edad con capacidad suficiente y acompañamiento adecuado.

Finalmente, a propósito de la objeción de conciencia, desde una perspectiva normativa coherente con la dignidad e igualdad, el reconocimiento de esta objeción debe ir acompañado de deberes positivos del Estado y de obligaciones institucionales de continuidad asistencial, en particular, resulta imprescindible que el diseño legal asegure mecanismos efectivos de derivación, coordinación y disponibilidad territorial de equipos no objetores, de modo que el ejercicio de la objeción no implique en los hechos expulsar al paciente de su red de apoyo ni imponer cargas desproporcionadas. En otras palabras, la objeción de conciencia puede ser una garantía personal pero no puede operar como un veto práctico que convierta la decisión de morir dignamente en un itinerario de desplazamientos, soledad institucional y desigualdad.

Conclusiones

La presente investigación tuvo por finalidad analizar si, dentro del ordenamiento jurídico chileno, la vida puede ser comprendida como un bien jurídico disponible, al menos para su titular, en términos que permitan fundamentar normativamente un derecho a decidir cuando morir. A

partir de una reconstrucción dogmática del derecho a la vida, del ordenamiento jurídico chileno, del estudio de mecanismos de autodeterminación ya reconocidos en Chile, como el consentimiento informado, cuidados paliativos, la limitación del esfuerzo terapéutico, junto al contraste con experiencias comparadas, se arriba a hallazgos que permiten responder a la pregunta de investigación y a los objetivos propuestos.

En primer lugar, la tesina muestra que el debate sobre la disponibilidad de la vida se sostiene sobre una distinción conceptual relevante entre vida biológica y vida con sentido o vida personal, conceptos que no son equivalentes. En el Capítulo I, se constató que una comprensión reduccionista de la vida como mera continuidad orgánica resulta insuficiente para abordar dilemas sobre la muerte, pues la vida humana es una realidad compleja y relacional, atravesada por significados, proyectos y vínculos, de manera que la dignidad no se agota en la preservación biológica, sino que se conecta con la experiencia de autonomía y con la posibilidad de atribuir valor a la propia existencia. Si bien esta base no sustituye el análisis jurídico, sí lo orienta, impidiendo tratar la vida como un dato neutro, obligando a integrar en el razonamiento normativo la dimensión personal del vivir y del morir.

En segundo lugar, el capítulo II permitió cumplir el objetivo de examinar el alcance del derecho a la vida en Chile y su relación con el ordenamiento jurídico chileno. El análisis evidencia que el derecho a la vida, aun siendo un derecho central, no se comprende dogmáticamente como una obligación del titular de mantenerse vivo, sino como un derecho de defensa frente a privaciones arbitrarias por parte del Estado o de terceros, concepción que se tensiona con posiciones doctrinales que sostienen la vida como un bien supraindividual e indisponible, lo que obligaría al Estado adoptar un deber de protección incluso en contra de la voluntad del titular. Sin embargo, una lectura que absolutiza esa indisponibilidad corre el riesgo de desconocer que el propio texto constitucional vincula la vida con la integridad física y psíquica, en consecuencia, puede terminar justificando intervenciones paternalistas que lesionan precisamente aquello que se pretende resguardar. En esa línea, esta tesina advierte que esa lectura que absolutiza el derecho a la vida corre el riesgo de convertir la protección penal de la vida en una forma de imposición moral que debilita el carácter garantista del bien jurídico desplazando indebidamente la autonomía personal. Por ello, se concluye que la vida puede mantener su estatus de bien jurídico fundamental sin exigir una indisponibilidad absoluta de todo escenario, especialmente en decisiones médicas de final de la vida que el propio ordenamiento ya reconoce y regula bajo parámetros de dignidad, proporcionalidad y respeto por la voluntad del paciente.

En tercer término, el capítulo III permitió precisar las figuras de eutanasia y suicidio asistido y demostrar que la discusión sobre su legitimidad jurídica no puede resolverse solo por la jerarquía abstracta del bien jurídico vida, sino que debe resolverse por el modo en que se ponderan la autonomía, la dignidad y el deber de protección. El análisis comparado permitió constatar que cuando estas prácticas han sido reguladas lo han sido bajo un diseño de garantías, como el consentimiento informado, evaluaciones, plazos, controles y límites, orientando precisamente a evitar abusos y a compatibilizar el respeto por la autodeterminación con la protección de personas. Cabe mencionar que este hallazgo se conecta con el objetivo de evaluar argumentos y modelos comparados, pues se identificaron estándares mínimos que podrían estructurar una respuesta jurídica coherente.

En cuarto lugar, el Capítulo IV confirmó que la disponibilidad de la vida presenta desafíos diferentes según el caso y el sujeto, no existe un único patrón, pues el peso de la autonomía, la intensidad del deber de protección y el riesgo de coacción o vulnerabilidad varían sustantivamente en enfermos terminales, personas mayores, menores de edad, entre otros. El aporte de este capítulo consiste en desplazar la discusión desde categorías generales hacia un análisis de condiciones concretas, evitando soluciones uniformes que puedan ser injustas o riesgosas.

En quinto término, el capítulo V permitió aterrizar el debate a la realidad chilena y responder al objetivo de identificar los desafíos normativos y constitucionales del debate legislativo. Se constató que el proyecto de muerte médicamente asistida se orienta a estructurar un equilibrio entre la protección de la vida y la autonomía, mediante causales y salvaguardas, sin embargo, el trabajo también advierte que el reconocimiento formal de un derecho a elegir cuándo morir puede verse condicionado por desigualdades materiales si no se acompaña de un fortalecimiento real y exigible de los cuidados paliativos y de mecanismos efectivos de derivación ante objeción de conciencia. Es decir, sin un piso de cuidados, información y acompañamiento, el derecho corre el riesgo de quedar distribuido desigualmente.

Con estos elementos, la investigación permite responder la pregunta central, afirmando que sí es posible, a la luz del derecho chileno vigente y de la experiencia extranjera examinada, conceptualizar la vida como un bien jurídico parcialmente disponible para su titular, en la medida en que el derecho a la vida sea entendido como protección frente a privaciones arbitrarias y se articule con el reconocimiento de la dignidad y la autonomía personal. Esta disponibilidad no equivale a una libre disposición irrestricta ni a la desprotección del bien jurídico vida, por el contrario, exige condiciones sustantivas y procedimentales como el consentimiento libre e informado, una evaluación clínica rigurosa, control institucional y resguardos contra la vulnerabilidad, que permitan sostener normativamente un derecho a elegir cuando morir sin contradecir el deber estatal de protección.

En coherencia con lo anterior, la hipótesis se confirma en lo esencial, toda vez que una lectura del derecho a la vida centrada en la prohibición de privación arbitraria, unida a la dignidad y a la autonomía, abre un espacio dogmáticamente defendible para reconocer decisiones autónomas del final de la vida y, eventualmente, una regulación de la muerte médicamente asistida bajo estrictos controles. En este marco, la disponibilidad opera como una forma de evitar que el Derecho “apropie” la vida del individuo y la transforme en una obligación de vivir.

Adicionalmente, se constató que el derecho chileno ya admite varios ámbitos donde la preservación de la vida no opera como mandato absoluto, así se tiene, por ejemplo, el rechazo a tratamientos, la limitación del esfuerzo terapéutico, la legítima defensa, el estado de necesidad, entre otras. Aquello demuestra que la protección de la vida convive con otras razones normativas relevantes. En consecuencia, la discusión se desplaza hacia dos preguntas prácticas: ¿cuándo corresponde reconocer jurídicamente una decisión de final de la vida? ¿cómo diseñar garantías que minimicen errores, presiones indebidas y desigualdades?

Bajo el marco jurídico vigente, se observa una asimetría relevante, toda vez que en Chile una persona puede adelantar su muerte por vía del suicidio (conducta no penalizada), pero no puede acceder a un procedimiento eutanásico o a asistencia al suicidio debido a la penalización de esas intervenciones. Desde la tesis de la disponibilidad parcial, ello refuerza la necesidad de discutir si el ordenamiento debe seguir tolerando únicamente la salida más desacompañada y riesgosa, o si corresponde habilitar alternativas médicamente reguladas. Con todo, tratándose de solicitudes de personas sin patología grave o terminal, la investigación concluye que se requeriría un examen jurídico adicional más profundo, por las tensiones reforzadas que allí se producen entre autonomía, prevención y deber de protección.

Finalmente, se identifica una falta estructural del sistema sanitario chileno, relativa a la ausencia de una ficha clínica centralizada accesible entre prestadores de salud públicos y privados. Esta carencia dificulta que las decisiones cruciales como voluntades anticipadas, órdenes de no reanimar, planes de cuidados paliativos, entre otras, estén disponibles en momentos críticos, especialmente cuando la persona se atiende en otra ciudad o en un centro médico distinto al habitual. Corregir este déficit es una condición práctica para que la autonomía sanitaria sea efectiva

y para que cualquier regulación del final de la vida opere con seguridad, continuidad de cuidados y respeto real por la voluntad del paciente.

Referencias Bibliográficas

- Ackermann Hormazábal, I. E., & Ovalle Donoso, M. F. (2018). La disponibilidad en los bienes jurídicos. *Revista de Ciencias Sociales*, (72). <https://doi.org/10.22370/rcs.2018.72.2178>
- Acosta Sánchez, J. D. (2013). Artículo 10 N.os 7° y 11° del Código Penal. Algunos criterios de delimitación. En A. Van Weezel (Coord.), *Humanizar y renovar el derecho penal: Estudios en memoria de Enrique Cury* (pp. 691–713). Thomson Reuters.
- Ayala, R., & Collado, C. (2023). *Despenalización de la eutanasia en Bélgica: un perfil de veinte años e implicaciones deontológicas*. *Revista de Bioética y Derecho*, (59), 77–95. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.59.42795>
- BBC Mundo. (2024, 14 de febrero). *El matrimonio que murió tomado de las manos tras una doble eutanasia*. <https://www.bbc.com/mundo/articulos/cldq994xx77o>
- Beca I., J. P., & Leiva L., A. (2014). ¿Podría ser aceptable la eutanasia infantil? *Revista Chilena de Pediatría*, 85(5), 608–612. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000500013>
- Besio R., M., & Besio H., F. (2006). Testigos de Jehová y transfusión sanguínea: Reflexión desde una ética natural. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(4), 274–279. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262006000400010>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2025, octubre). *Cuidados paliativos universales en Chile: Desarrollo normativo e implementación de la Ley N° 21.375 (Asesoría Técnica Parlamentaria)*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/37789/1/BCN_a_cceso_a_cuidados_paliativos_universales_en_Chile_final.pdf
- Bolbarán Castillo, A. (2024). Gasto de bolsillo en medicamentos en Chile: Políticas, desafíos y estrategias de reducción. *Cuadernos Médico Sociales*, 64(4), 45–51. <https://doi.org/10.56116/cms.v64.n4.2024.2062>
- Bravo Cobb, J. R. (2009). Reflexiones en torno al derecho a la vida y el derecho a morir. *Revista Corpus Iuris Regionis*, 139–158. <http://vlex.cl/vid/reflexiones-torno-derecho-vida-693905961>
- Campbell, A. J., Whale, M., & Rogers, W. A. (2024). Assisted dying policies for mature minors: A critical review. *Journal of Bioethical Inquiry*, 21, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11673-024-10369-0>
- Carrasco, V. H., & Crispi, F. (2016). Eutanasia en Chile: Una discusión pendiente. *Revista Médica de Chile*, 144(12), 1598–1604. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001200012>
- Castillo Montt, P. (2021). Marco constitucional de una eventual regulación de la muerte médicamente asistida en Chile. *Revista de Estudios Constitucionales*, 19(2), 260–296. <http://vlex.cl/vid/marco-constitucional-eventual-regulacion-884330345>
- Chile. (1874). *Código Penal* [CP].
- Chile. (1980). *Constitución Política de la República de Chile* [CPR].
- Chile. (2000, 16 de mayo). *Código Civil* [CC] (D.F.L. N.º 1).

- Chile. (2012, 13 de abril). *Ley N.º 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.*
- Chile. (2021, 14 de octubre). *Ley N.º 21.375: Consagra los cuidados paliativos y derechos de personas con enfermedades terminales o graves.*
- Chomali, F. (2007). Derecho a la vida, derecho fundamental. *Teología y Vida*, 48(4), 413–423. <https://doi.org/10.4067/S0049-34492007000300005>
- Cohen, J. S., Fihn, S. D., Boyko, E. J., Jonsen, A. R., & Wood, R. W. (1994). Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. *The New England Journal of Medicine*, 331(2), 89–94. <https://doi.org/10.1056/NEJM199407143310206>
- Comisión de Salud del Senado de la República de Chile. (2025, 22 de septiembre). *Informe de la Comisión de Salud recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, sobre muerte digna y cuidados paliativos (Boletines N.ºs 7.736-11, 9.644-11, 11.577-11 y 11.745-11, refundidos).* http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=7736-11
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2020). *Observación general núm. 25 (2020) sobre la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15.1 b), c), 15.2–15.4).* Naciones Unidas. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g20/108/15/pdf/g2010815.pdf>
- Comité de Derechos Humanos. (2018). *Observación general núm. 36 (2018): Artículo 6: Derecho a la vida.* Naciones Unidas. https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/CCPR_C_GC_36.pdf
- Consejo de Europa. (2024). *Guide to children 's participation in decisions about their health.* Council of Europe Publishing. https://edoc.coe.int/en/?eID=catxml&cat_id=779
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica). (1978). Organización de Estados Americanos.
- Corcoy Bidasolo, M. (2015). *Manual de derecho penal. Parte especial (2.ª ed.).* Tirant lo Blanch.
- Cornejo Aguiar, J. S. (2019). *Teoría de la antijuridicidad y las causas de justificación.* vLex. <https://app-vlex-com.pucv.idm.oclc.org/source/teoria-antijuridicidad-causas-justificacion-51499>
- Correa-Montoya, L. (2021). Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente. *Opinión Jurídica*, 20(41), 127–154. <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2021). *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N.º 21: Derecho a la vida.* Corte IDH. https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21_2021.pdf
- Cuevas Godoy, A. (2020). La objeción de conciencia sanitaria: Su conflicto con la autonomía del paciente: Una referencia a la objeción de conciencia institucional. *El Jurista*. <http://vlex.cl/vid/capitulo-2-autonomia-relacional-939684002>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). Asamblea General de las Naciones Unidas.

- Díaz-Amado, E. (2017). *La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas*. *Revista de Bioética y Derecho*, (40), 125–140. <https://doi.org/10.1344/rbd2017.40.19167>
- Esparza Reyes, E. (2019). Disposición del derecho a la vida de los menores de edad: Una necesaria discusión sobre eutanasia y suicidio asistido en Chile. *Acta Bioethica*, 25(1), 25–34. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2019000100025>
- Ferri, E. (2019). *Los hombres y las cárceles*. Ediciones Olejnik. <http://vlex.cl/vid/derecho-suicidio-1035218178>
- Figueroa García-Huidobro, R. (2008). Concepto de derecho a la vida. *Ius et Praxis*, 14(1), 261–300. <https://doi.org/10.4067/S0718-00122008000100010>
- Figueroa G., R. (2012). Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. *Revista Médica de Chile*, 140(10), 1347–1351. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012001000017>
- Figueroa G., R. (2018). *Jurisprudencia sobre transfusión de sangre y consentimiento informado de Testigos de Jehová*. *Revista Médica de Chile*, 146(7), 914–917. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000700914>
- Fink, S. (2009, 30 de agosto). The deadly choices at Memorial. *The New York Times Magazine*. <https://www.nytimes.com/2009/08/30/magazine/30doctors.html>
- Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A. C., & Colegio de Bioética, A. C. (2008). *Eutanasia: hacia una muerte digna*. Foro Consultivo Científico y Tecnológico. https://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf
- Gallego, L., Barreiro, P., & de Santiago, M. (2022). Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental. *Cuadernos de Bioética*, 33(108), 157–178. <https://doi.org/10.30444/CB.121>
- Gobierno de los Países Bajos. (2013). *The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act and Regional Euthanasia Review Committees*. Government of the Netherlands. <https://www.government.nl/topics/euthanasia>
- Gómez-Lobo, A., & Keown, J. (2015). *Bioethics and the human goods: An introduction to natural law bioethics*. Georgetown University Press.
- Harris, J. (1990). *The value of life: An introduction to medical ethics*. Routledge.
- Health Canada. (2025, 27 de agosto). *Medical assistance in dying (MAID): Overview*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>
- Hurst, S. A., & Mauron, A. (2003). *Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: Allowing a role for non-physicians*. *British Medical Journal*, 326(7383), 271–273. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7383.271>
- Ibáñez Santa María, G. (2010). *Derecho y justicia: Lo suyo de cada uno. Vigencia del derecho natural*. Editorial Jurídica de Chile. <http://vlex.cl/vid/personas-327822447>

- Kendal, E. (2024). How the Doctrine of Double Effect rhetoric harms patients seeking voluntary assisted dying. *Journal of Bioethical Inquiry*, 21, 659–669. <https://doi.org/10.1007/s11673-024-10340-4>
- Lampert Grassi, M. P. (2019). *Eutanasia en la legislación chilena* [Informe de asesoría técnica]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN_eutanasia_en_la_legislacion_chilena_FINAL.pdf
- Lampert Grassi, M. P. (2019). *Aplicación de la eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo* [Análisis especializado]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica_Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf
- Middendorff, W. (2018). *Sociología del delito*. Ediciones Olejnik. <http://vlex.cl/vid/delitos-cuerpo-vida-1032141049>
- Ministerio de Salud de Chile. (2022). *Orientación técnica: Cuidados paliativos universales*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/12/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales-1.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2023). *Lineamientos para declaración de voluntades anticipadas*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/12/LINEAMIENTOS-PARA-DECLARACION-DE-VOLUNTADES-version-final.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. *Boletín Oficial del Estado*, 72, 1–27. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Misseroni Raddatz, A. (2000). Consideraciones jurídicas en torno al concepto de eutanasia. *Acta Bioethica*, 6(2), 247–263. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200005>
- Montagna, G., Junker, C., Elfgen, C., Schneeberger, A. R., & Güth, U. (2023). Long-term development of assisted suicide in Switzerland: Analysis of a 20-year experience (1999–2018). *Swiss Medical Weekly*, 153, 40010. <https://doi.org/10.57187/smw.2023.40010>
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- Navarro-Gezan, L., & Villegas-Aleksov, D. (2024). Eutanasia y suicidio asistido: Entre derechos y libertades. *Ius et Praxis*, 30(2), 98–116. <https://doi.org/10.4067/S0718-00122024000200098>
- Niño, L. (1994). *Eutanasia. Morir con dignidad: Consecuencias jurídico-penales*. Editorial Universidad.
- OMS. (2020). *Cuidados paliativos* [Ficha informativa]. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

- ONG Comunidad y Justicia. (2015, junio). *El derecho a la vida en Chile: Interpretación del artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. <https://comunidadyjusticia.cl/wp-content/uploads/2020/05/informe-cyj-art-6-pdcp-junio-2015.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)*.
- Ossandón Widow, M. M. (2013). El derecho a rechazar tratamientos médicos: ¿Un reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida? *Revista Derecho Público Iberoamericano*, 153–204. <http://vlex.cl/vid/derecho-rechazar-tratamientos-medicos-648750069>
- Poder Judicial de Chile. (2022, 8 de febrero). *Corte de Rancagua ordena transfusión de sangre a recién nacido en Hospital Regional*. <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/68838>
- Real Academia Española. (s. f.). *Disfrutar*. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 23 de diciembre de 2025, de <https://dle.rae.es/disfrutar>
- Real Academia Española. (s. f.). *Gozar*. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 23 de diciembre de 2025, de <https://dle.rae.es/gozar>
- Rivacoba y Rivacoba, M. de. (1989). *Cambio de sentido en la protección y el concepto penal de la vida humana*. *Doctrina Penal*, (46/47), 287–294. <https://ideario25.files.wordpress.com/2020/05/rivacoba.-cambio-de-sentido-en-proteccion393n-y-concepto-penal-vida-humana.pdf>
- Roa Rebolledo, A. (1998). *Ética y bioética*. Editorial Andrés Bello.
- Rodríguez Ferrández, S. (2017). ¿Ha de cumplir el bien jurídico protegido una función de garantía o legitimadora del derecho penal? *Revista de Derecho Universidad San Sebastián*, 155–199. <http://vlex.cl/vid/cumplir-bien-juridico-prottegido-705175173>
- Roffo, J. (2025, 1 de noviembre). Le pronosticaron seis meses de vida y dolores insoportables y eligió el suicidio asistido: La joven que provocó un debate ético y moral en el mundo. *Infobae*. <https://www.infobae.com/sociedad/2025/11/01/le-pronosticaron-seis-meses-de-vida-y-dolores-insoportables-y-eligio-el-suicidio-asistido-la-joven-que-partio-a-eeuu-en-dos/>
- Sandoval Ayala, S. (2021). Un derecho absoluto: análisis del derecho a la vida en el caso de las transfusiones sanguíneas. *Revista Justicia e Derecho*, 4(3), 1–19. <https://doi.org/10.32457/rjyd.v4i3.500>
- Serrano Pichihueche, S. A., & Serrano Pichihueche, P. I. (2023). Revisión y análisis del estado de necesidad exculpante en el Código Penal chileno. *Revista de Derecho y Ciencias Sociales*, (28), 211–233. <https://www.rduss.cl/index.php/ojs/article/download/31/30>
- Shah, P., Thornton, I., Kopitnik, N. L., & Hipskind, J. E. (2024, 24 de noviembre). *Informed consent*. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>
- Sheldon, T. (2001). Holland decriminalises voluntary euthanasia. *BMJ*, 322(7292), 947. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1120126/>

- Silva Silva, H. (2012). *Medicina legal*. Editorial Jurídica de Chile. <http://vlex.cl/vid/eutanasia-367247522>
- Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A., & Hernando Robles, P. (2008). Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 271–285.
- Smith, S. W. (2012). *End-of-life decisions in medical care: Principles and policies for regulating the dying process*. Cambridge University Press.
- Superintendencia de Salud. (s. f.). *Hospitalización domiciliaria*. Gobierno de Chile. Recuperado el 23 de diciembre de 2025, de <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/hospitalizacion-domiciliaria-2430/>
- Swissinfo. (2025, noviembre). Asociación suiza por el derecho a “morir dignamente” anuncia muerte de fundador por suicidio asistido. <https://www.swissinfo.ch/spa/asociaci%C3%B3n-suiza-por-derecho-a-%22morir-dignamente%22-anuncia-muerte-de-fundador-por-suicidio-asistido/90559513>.
- Szczaranski, F. (2012). Sobre la evolución del bien jurídico penal: Un intento de saltar más allá de la propia sombra. *Política Criminal*, 7(14), 378–453. <http://vlex.cl/vid/jura-dico-intento-saltar-alla-sombra-468159398>
- Taboada R., P. (2000). El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioethica*, 6(1), 89–101. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>
- Torres Rodríguez, O. E. (2025). La regulación de la eutanasia en Bélgica: a más de veintidós años de experiencia ética, médica y jurídica. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 58(172), e19091. <https://doi.org/10.22201/ij.24484873e.2025.172.19091>
- United Nations General Assembly. (1989). *Convention on the Rights of the Child* (Resolution 44/25). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Valera, L., Ramos, P., Pérez, I., Olivares, P., Florenzano, A., Carrasco, M., Barrientos, M., & Godoy, J. (2021). Comentarios al proyecto de ley “Muerte digna y cuidados paliativos”. *Revista Médica de Chile*, 149(7), 1075–1080. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000701075>
- Zúñiga Fajuri, A. (2012). La nueva ley de derechos del paciente: Cambiando el paradigma de la relación entre el paciente, el médico y el juez. *Anuario de Derecho Público Universidad Diego Portales*, 273–288. https://derecho.udp.cl/wp-content/uploads/2016/08/14_Zuniga.pdf

Proyecto de ley citado

Boletines N° 7736-11, 9644-11, 11577-11 y 11745-11, refundidos.

Jurisprudencia citada

Chile

Corte de Apelaciones de Antofagasta. (2008, 3 de octubre). *Sentencia* (Rol N° 557-2008).

Corte de Apelaciones de Copiapó. (2008, 9 de agosto). *Sentencia* (Rol N° 230-2008).

Corte Suprema de Chile. (2010). *Sentencia* (Rol N° 7074-2010).

Corte Suprema de Chile. (2011). *Sentencia* (Rol N° 4167-2011).

Corte de Apelaciones de Rancagua. (2016). *Sentencia* (Rol N° 4.841-2016).

Corte Suprema de Chile. (2017). *Sentencia* (Rol N° 1.764-2017).

Corte Suprema de Chile. (2018). *Sentencia* (Rol N° 12.618-2018).

Corte de Apelaciones de Talca. (2019). *Sentencia* (Rol N° 935-2019).

Corte Suprema de Chile. (2019). *Sentencia* (Rol N° 24.199-2019).

Colombia

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

Corte Constitucional de Colombia. (2014, 15 de diciembre). *Sentencia* T-970/14 [Sentencia].
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2017, 30 de junio). *Sentencia* T-423/17.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2017, 25 de agosto). *Sentencia* T-544/17.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2017, 9 de noviembre). *Sentencia* T-721/17.
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm>

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

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

Sistema interamericano

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012, 28 de noviembre). *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica* (Sentencia de fondo, Serie C n. 257).
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf