



La necesidad y los beneficios de la legalización de la ayuda médica para morir en México

The necessity and benefits of legalizing medical assistance in dying in Mexico

Jorge Enrique Linares Salgado*

Recibido: 08 de abril 2025

Aceptado: 24 de junio 2025

Publicado: 12 noviembre 2025

Resumen

Con base en una fundamentación histórico-contextual y ético-filosófica, en este artículo se analizan las características e implicaciones bioéticas del concepto de ayuda médica para morir que incluye la eutanasia y el mal denominado suicidio médicamente asistido. La ayuda médica para morir ha sido ya legalizada en varios países con sistemas jurídicos diferentes (e incluso en naciones de tradición católica preponderante); por ello, posee el potencial para ser legalizada globalmente, dada su solidez jurídica y ética, como un procedimiento médico al que tiene derecho cualquier persona voluntariamente, si cumple unos requisitos establecidos por las leyes. En particular, en el artículo se explica por qué el acto de solicitar ayuda para morir voluntariamente a causa de una enfermedad terminal o condición corporal irreversible e intolerable no debe ser considerado equivalente al suicidio. La única diferencia entre las dos modalidades de la ayuda médica para morir que se han definido consiste en quién suministra o aplica los medicamentos letales: el personal médico o la propia persona paciente. En la segunda parte del artículo se argumenta sobre la necesidad y los beneficios sociales de la legalización de la ayuda médica para morir en México y en cualquier otro país, dado que esta práctica médica es compatible con los servicios de los sistemas públicos de salud y con la ética de las prácticas médicas, cuya finalidad consiste en aliviar el dolor y el sufrimiento de las personas para evitar la obstinación terapéutica y la prolongación de sufrimientos intolerables, en los casos en que no puede haber curación ni un estado aceptable para la persona tratada. Así, la ayuda médica para morir emerge como un derecho ciudadano global, como un derecho básico a tomar una libre decisión de morir en las mejores condiciones posibles y, para ello, recibir la ayuda médica necesaria, dentro del sistema público de salud.

Palabras clave:

Eutanasia, autonomía, legalización, México, asistencia médica para morir

Abstract

Based on historical, contextual, and ethical-philosophical grounds, this paper analyzes the characteristics and bioethical implications of the concept of medical assistance in dying, which includes euthanasia and the misnamed physician-assisted suicide. The medical assistance in dying has already been legalized in several countries with different legal systems (including nations with a predominantly Catholic tradition). Therefore, medical assistance in dying has the potential to be legalized globally, given its legal and ethical soundness, as a medical procedure to which any person is voluntarily entitled, if they comply with certain requirements established by law. In particular, the paper explains why the act of requesting assistance to die voluntarily because of a terminal illness or irreversible and intolerable physical condition should not be considered equivalent to suicide. The only difference between the two forms of medical assistance in dying that have been defined in different countries is who provides or administers the lethal medication: medical personnel or the patient themselves. The second part of the paper argues for the necessity and social benefits of legalizing medical assistance in dying in Mexico and in any other country, given that this medical practice is compatible with public health services and with the ethics of medical practice, whose purpose is to alleviate pain and suffering in order to avoid therapeutic obstinacy and the prolongation of intolerable agony in cases in which there is no cure or acceptable state for the person being treated. Thus, medical assistance in dying emerges as a global citizen's right, as a basic right to make a free decision to die in the best possible conditions and, to this end, to receive the necessary medical assistance, within the public health system.

Keywords:

Euthanasia, autonomy, legalization, Mexico, medical assistance in dying

Introducción

Actualmente, en el mundo occidental avanza una tendencia hacia la legalización de la *ayuda médica para morir*, que comprende la eutanasia y también el mal llamado *suicidio médicamente asistido*. Es notable que esta tendencia incluya a naciones de tradición católica como ha sido España (2021) o Colombia (2021, despenalizada desde 1997), así como Canadá (2016). Como se sabe, la legalización de la eutanasia comenzó hace más de dos dé-

cadadas en los Países Bajos, y pronto se extendió a Bélgica y Luxemburgo, lo que eliminó una de las prohibiciones jurídicas que más se oponen a la libertad de autodeterminación individual, a saber: cuándo y cómo morir, ya que dicha punición atenta contra los valores morales que supuestamente son esenciales en las democracias liberales (Charlesworth 1996). No obstante, hasta esta fecha, sólo en unos diez países se ha legalizado la eutanasia y la ayuda para morir con asistencia médica o no.¹

¹ Según la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (BMD), 2025, los países que cuentan con regulaciones legales de la ayuda para morir son: Países Bajos (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Colombia (2016), Canadá (2016), Suiza (2016, el suicidio asistido está permitido, pero la eutanasia no es legal), Australia (2019), Nueva Zelanda (2021), España (2021), Austria (2022), Estados Unidos (sólo es legal el suicidio asistido, no la eutanasia, en California, Oregón, Colorado, Distrito de Columbia, Hawái, Maine, Montana, Nueva Jersey, Nuevo México, Vermont y Washington). Están en proceso en sus respectivos parlamentos legalizaciones en Ecuador, Portugal, Cuba y Reino Unido (Gales e Inglaterra). Recientemente, se ha legalizado la AMM en Uruguay.

No es un accidente que la discusión moral sobre la eutanasia se haya extendido paulatinamente por todo el mundo y abarque a sociedades tan diferentes en cultura y tradiciones morales o religiosas, ya que toda persona está consciente de su mortalidad y quisiera —para ella misma y para sus allegadas— obtener las mejores condiciones para encarar los últimos momentos de su vida, cualquiera que sea su concepción acerca de la muerte (Schumacher 2018), o incluso sus ideas sobre *otras* vidas después de la defunción biológica.

Es un hecho que la medicalización de la muerte (Illich 1976) sustituyó el hogar por el hospital como el lugar en donde la gente muere comúnmente, y con ello se perdió la libertad esencial de decidir las circunstancias y condiciones del morir, como parte de un acontecimiento familiar y social. En la medida en la que en los sistemas públicos de salud se dispone de tecnologías médicas que posibilitan la extensión *artificial* de la vida —a veces durante años—, esta creciente factibilidad técnica ha generado en la sociedad actual inquietudes y temores sobre la calidad de vida deseable o aceptable para cualquiera, así como preguntas esenciales sobre las decisiones propias en la parte más crucial de la vida: su final. Por eso, la cuestión jurídico-política y el debate social-moral sobre la eutanasia han suscitado profundas reflexiones sobre las decisiones autónomas y los derechos individuales (Singer 1995), que son inherentes a nuestra existencia finita y, por ello, se ha convertido en una cuestión bioética global de primer orden.

La eutanasia utópica

Thomas More publicó su *Utopía* en 1516, un extraordinario relato sobre

una sociedad perfecta, de ahí el nombre de “u-topía” (*en ningún lugar*, en griego), que le servía como modelo para efectuar una contundente y aguda crítica a la sociedad británica (y europea, en general) de su época. En esa sociedad perfecta, meramente posible, More aborda —entre muchos otros— el tema de la atención a las personas enfermas y la manera de enfrentar los padecimientos incurables, el sufrimiento derivado y la muerte. More es uno de los primeros que usa, sin nombrarlo aún, el concepto de “eutanasia” para referirse a una muerte indolora en las mejores condiciones posibles, ya que estaría garantizada en dicha sociedad utópica, que se proyectaba sobre los ideales renacentistas de la libertad individual y la justicia social. Veamos:

A los enfermos, como he dicho, los cuidan con gran afecto y no escatiman absolutamente nada en cuidados físicos, medicamentos o en una buena dieta, para que puedan restituirles la salud. A los que padecen enfermedades incurables los consolaban sentándose a su lado, hablándoles y, en definitiva, con todo tipo de ayuda posible. Mas si la enfermedad no sólo es incurable, sino también angustia y atormenta con continuo dolor, entonces los sacerdotes y los magistrados exhortan al individuo a que, al estar prolongando su propia muerte y al estar incapacitado para todas las funciones de la vida, se decida a no ser molesto para los otros y oneroso a sí mismo, no se empeñe en alimentar por más tiempo su enfermedad y su pena, ni dude en morir, ya que la vida le es un tormento; antes bien, movido por una esperanza auténtica, se exima a sí mismo de una vida acerba como de una cárcel y castigo, o consienta voluntariamente que lo liberen los demás; que hará esto sabiamente, porque no es el bienestar sino el suplicio lo que interrumpirá con la muerte; que obrará, asimismo, piadosa y santamente, puesto que seguirá a

este propósito los consejos de los sacerdotes, esto es, de los intérpretes de Dios. A quienes persuaden de esto, o acaban ellos espontáneamente con su vida por la inedia, o se les pone fin sin que sientan la muerte, mientras duermen. No suprimen a nadie que no lo quiera ni disminuyen en nada su atención hacia él. El que los persuadidos acaben de ese modo lo tienen por cosa honorífica, pero quien se toma la muerte por su propia mano, antes de que los sacerdotes y el senado lo hayan aprobado, no se le honra ni con la tierra ni con el fuego, sino que es arrojado, ignominiosamente insepulto, a cualquier pantano (More 2011, pos. 2655).²

Algunos autores (ten Have 2016, 1191) también han identificado a Francis Bacon como defensor de la eutanasia. Sin embargo, el lord canciller y juez Bacon estaba más bien esperanzado en que el avance de la ciencia podría prolongar técnicamente la vida y curar muchas enfermedades, si se utilizaba eficazmente el método empírico de investigación. Así, Bacon postula en su sociedad futurista (*Nueva Atlántida*) la necesaria intervención de la ciencia médica en la atención a la salud, con el fin de evitar la enfermedad y la defunción prematura. Por ello, Bacon instituye teóricamente el paradigma moderno de la medicalización de la enfermedad y de la muerte (basada en un optimista determinismo técnico), que ha negado —por lo común— el derecho a la eutanasia al prometer avances de la medicina que terminarán con el sufrimiento y el dolor, si no es que con las enfermedades mismas (algún día, pero que nunca llega en realidad).

En los textos de Bacon existe, pues, una tensión entre sus proyecciones optimistas de las intervenciones tecno-médicas y la necesidad de recurrir

a la eutanasia cuando no es posible curar. Dice Bacon en su *Nueva Atlántida* (1626): “Tenemos ciertas cámaras a las que llamamos cámaras de salud, donde modificamos el aire según creemos bueno y conveniente para la cura de diversas dolencias y para la conservación de la salud” (Moro, Campanella y Bacon 2015, 228). En el libro *The Advancement of Learning* o *El avance del conocimiento* (escrito antes de la *Nueva Atlántida*, en 1605), Francis Bacon ya se quejaba de la incapacidad de la medicina de su época para encontrar curas a las enfermedades, por lo que la *eutanasia* (nombrada así explícitamente por primera vez en los textos filosóficos modernos) sería el resultado de la piedad y la compasión médica ante la imposibilidad de curar cualquier dolencia:

(6) En la investigación de las enfermedades, abandonan la cura de muchas, algunas por su naturaleza incurable y otras porque han pasado el período de curación [...] Por lo tanto, no dudaré en señalar como deficiencia que no investiguen cuáles son las curas perfeccionadas para muchas enfermedades o los casos extremos, sino que, al declararlas incurables, promulguen una ley de negligencia y eximan a la ignorancia de todo descrédito.

(7) Es más, considero que la función de un médico no es sólo restaurar la salud, sino también mitigar el dolor y los sufrimientos, y no sólo cuando tal mitigación puede conducir a la recuperación, sino también cuando puede servir para hacer más fácil y agradable el trance a la muerte. Porque no es poca felicidad la que Augusto César solía desear para sí mismo, esa misma *eutanasia*, y que se destacó especialmente en la muerte de Antonino Pío, cuya muerte fue a la manera y con la apariencia de una oveja amable y agradable. [...] Pero los médi-

² He modificado los textos citados para mejorar la traducción de las ediciones disponibles en español, con base en los originales en inglés y con la ayuda del programa de IA DeepL©.

cos, por el contrario, hacen una especie de escrúpulo y religión de permanecer junto al paciente después de que la enfermedad ha sido declarada incurable; mientras que, en mi opinión, deberían tanto investigar la técnica como prestar los cuidados necesarios para facilitar y aliviar los dolores y agonías de la muerte. (8) En cuanto al tratamiento de las enfermedades, encuentro una deficiencia en las recetas adecuadas para cada caso concreto, ya que los médicos han frustrado el fruto de la tradición y la experiencia con su arrogancia, añadiendo, quitando y cambiando a su antojo los ingredientes de sus recetas, dominando la medicina de tal manera que esta no puede dominar la enfermedad [...] (Bacon 2004, X, 6-8).

Como se puede apreciar en el contraste entre los célebres pasajes citados de ambos autores, More definía ya hace cinco siglos las características fundamentales de la eutanasia como *buen morir* en una sociedad civilizada (*utópica*), con el respaldo de una resolución médica y legal, como parte de un sistema social de atención a la salud: a) debe ser una acción reflexiva, voluntaria y autónoma para elegir la muerte, ya sea directamente o por medio de la ayuda de otros individuos; b) debe evitar o detener el sufrimiento físico y mental de la persona que solicita la ayuda para morir; c) siempre involucra a otras personas mediante una solicitud legalizada (que debe ser aprobada institucionalmente), para producir la muerte, ya sea directa (que otros(as) suministren las sustancias letales) o indirectamente (que le proporcionen a la persona las sustancias letales para autoadministrarlas). Estos rasgos que More planteó son los que definen el concepto contemporáneo de *ayuda médica para morir* (AMM en adelante).

La referencia a estos dos autores de los inicios de la modernidad no surge de una mera ilustración erudita, sino que cons-

tituye la base moderna de los argumentos más sólidos para fundamentar en la actualidad la legalidad y la viabilidad de la AMM, porque ambos reconocían los límites de las tecnologías médicas, tanto en sus éxitos como en sus fracasos, ante la enfermedad y el sufrimiento humano.

Actualmente, es posible aproximarnos a las condiciones que imaginaron tanto More como Bacon en sus *utopías* para establecer procedimientos médicos y legales de la AMM en todo el mundo. Lo relevante es que ambos autores consideraban a la eutanasia como un procedimiento adecuado para ser incorporado en un sistema público de salud, que reconoce los límites infranqueables de la medicina. Pero, como veremos, dichos procedimientos no han estado exentos de objeciones, dificultades y de intensas controversias sociales, jurídicas y políticas.

La eutanasia pasiva no es propiamente eutanásica

Suele confundirse en la noción de AMM algunas acciones que se consideran formas de *eutanasia pasiva*. Entre esas acciones se encuentran las siguientes (ten Have 2016):

- Rechazar un tratamiento que puede considerarse necesario o de soporte vital, por ejemplo, conectar a un respirador, iniciar diálisis renal, etcétera.
- Retirar un tratamiento cuando la o el paciente está en sedación o coma profundo: desconectar un respirador, detener la alimentación.
- Sedación profunda sin suministro de alimentos ni agua, con o sin el consentimiento de la o el paciente, por indicación médica ante la inminencia del fallecimiento.
- Administración activa de un fármaco letal, con o sin el consentimiento de la o el paciente.

Evidentemente, la cuarta acción puede ser punible como homicidio doloso o *piadoso* (si lo pide la o el paciente) y está prohibida en muchos países. En el concepto actual de AMM, las primeras tres acciones no son propiamente eutanásicas, y sólo la cuarta lo es, pero a condición de que sea siempre por decisión autónoma de la o el paciente, ratificada en el presente o expresada por escrito anticipadamente.

Por ello, debemos dejar de lado, en el concepto estricto de AMM, aquellas *omisiones* de intervenciones médicas que se interponen para detener el proceso natural de fallecer. Toda omisión, retiro de intervenciones tecno-médicas o renuncias de los pacientes al tratamiento, que se han considerado confusamente como eutanasia pasiva, no son propiamente actos de eutanasia; esta mala definición ha generado muchas tergiversaciones y debates estériles. Por tanto, lo que se ha denominado equívocamente eutanasia pasiva no es más que la renuncia voluntaria (derecho inalienable de cualquier paciente) a continuar con cualquier tipo de tratamiento médico, decisión que —en dicho caso— derivará en la defunción natural; es decir, el deceso se produce como consecuencia de interrumpir o no iniciar el tratamiento, y no como una decisión de matar o dejar morir.

Por consiguiente, la distinción entre eutanasia activa y eutanasia pasiva es falaz. Pues no se reduce a la distinción entre *provocar la muerte* y *dejar morir*, cuando la muerte es inminente o se dará como resultado natural del estado orgánico de la persona (Rachels 1986). La llamada eutanasia pasiva deriva del rechazo voluntario e informado de un

tratamiento que se considera incapaz de mejorar la condición de la o el paciente para evitar la “obstinación terapéutica”. Cuando la interrupción de un tratamiento o la decisión médica de no iniciarlo no implica contravenir los procedimientos mínimos de atención, este rechazo es facultad y derecho inalienable de la o el paciente. Esta decisión le compete a la misma persona, a la familia o representante legal, pero muchas veces recae en los médicos cuando los protocolos indican que un tratamiento será superfluo e innecesario, o implicará mayores inconvenientes y complicaciones que beneficios.

Así pues, mi argumento central es que los procedimientos legales de ayuda médica para morir no pueden ni deben ser considerados como *suicidios* o equivalentes al suicidio; son, más bien, decisiones médicas que le competen a la propia persona solicitante, porque nadie puede ser obligado(a) a intentar sobrevivir sometiéndose a un tratamiento médico, aunque se suponga que éste pueda ser exitoso.

No podríamos justificar la imposición obligatoria de un tratamiento, porque aún en casos de trastornos mentales que implicarán peligros para las demás personas, no se debería obligar a nadie a tomar un tratamiento contra su voluntad, sino solamente para preservar la seguridad de las demás personas, como sería el caso de una enfermedad contagiosa de alta letalidad.³ Así, ninguna persona que renuncia a un tratamiento médico (o lo rechaza de entrada) pone en peligro o arriesga la seguridad de las demás, por lo que no puede —en rigor— ser coaccionada para aceptar

3 De cualquier manera, se ha discutido, por ejemplo, en el contexto de una pandemia de una enfermedad contagiosa de alta letalidad, si puede obligarse a las personas a vacunarse, si existen evidencias de que la vacuna es efectiva. Durante la pandemia del covid-19 se debatió intensamente hasta dónde llegaba la autoridad de los Estados democráticos para obligar a sus ciudadanos a vacunarse.

dicho tratamiento con tal de mantener su vida, y en contra de su decisión autónoma.

Otra cuestión que ha causado severas confusiones a lo largo de décadas de deficientes análisis bioéticos, es la aparente oposición entre la AMM y los cuidados paliativos. Se sostiene, erróneamente, que se elige uno u otro. En el pasado, cuando comenzaron a utilizarse analgésicos químicos, hacia 1870 (ten Have 2016) y, sobre todo, cuando se comenzó a emplear la morfina y después otros opioides en el siglo XX, se creyó que era posible eliminar o controlar cualquier dolor agudo. Pero ello no siempre es así, porque el concepto de *sufrimiento* es mucho más complejo que el mero dolor físico-corporal, ya que el sufrimiento intenso es mental y subjetivo: solo la propia persona que lo padece puede describirlo y ponderarlo (Álvarez 2005). Así que, admitiendo la utilidad de analgésicos cada vez más potentes y efectivos, debe reconocerse que, aun en el caso de que alguien pudiera recibir estos tratamientos paliativos durante un tiempo razonable, eso no es objeción suficiente para invalidar la convicción o decisión de una persona que solicita la AMM. Por el contrario, la AMM contiene e incluye los cuidados paliativos y la sedación elegida voluntariamente.

Por otro lado, tampoco se debe reducir la AMM a la enfermedad terminal (con pronóstico de menos de seis meses de supervivencia). En los debates sobre la eutanasia en los Países Bajos, Bélgica y Canadá, por ejemplo, se ha argumentado que quienes experimentan algún tipo de sufrimiento crónico que no pone en peligro su vida (puede ser meramente mental), pueden solicitar la AMM. La medicalización del sufrimiento físico o mental (más bien *biológico*, pues involucra la integridad de mente y cuerpo) ha

impedido por años reconocer llanamente el derecho humano a no sufrir e incluso a solicitar la ayuda médica para terminar con la vida, si una persona considera que es el mejor medio disponible.

De la eutanasia a la ayuda médica para morir

La eutanasia consiste, pues, en un acto intencional, voluntario y autónomo para provocar o producir directa o indirectamente la muerte de la persona solicitante. Se le llama ahora ayuda médica para morir (AMM), pues posee dos modalidades precisas: a) producida por la acción de profesionales de la medicina a solicitud voluntaria del paciente, o b) por la acción directa de la persona, misma que solicita dicha ayuda, a la cual se le suministran los medicamentos adecuados.

Por tanto, debemos negarnos a seguir empleando la palabra *suicidio* para la segunda modalidad (y por ello se ha eliminado de la legislación canadiense y de la española), porque normalmente este acto tiene la connotación de que alguien se quita la vida en una situación en la que puede seguir activa sin padecer una enfermedad incurable o sufrir una condición corporal intolerable. El no equiparar la AMM al suicidio tiene implicaciones jurídicas muy relevantes. Las personas (profesionales) que ayudan a morir legalmente a otra no participarían en un suicidio, que es justamente lo que está penado en muchos países.

Ahora bien, desde un punto de vista meramente formal es suicidio cualquier acción que implique la muerte intencional autoprovocada. Pero desde el punto de vista moral y jurídico habría una sutil diferencia: el suicidio se comete normalmente con plena o buena condición

de salud y, muchas veces, en una situación forzada o heterónoma, que bien hace sospechar que la persona no lo elige por sí misma. La motivación no es el estado de salud. En cambio, cuando una persona solicita la ayuda para morir por su condición de salud o sufrimiento corporal y mental, reconoce que esa condición es insuperable e irreversible y, por ende, desea que el proceso *inevitable* de muerte se acelere o se produzca en lo inmediato sin esperar a que suceda *naturalmente*.

Por eso, el suicidio de personas saludables y, sobre todo, jóvenes y activas, suscita reacciones adversas en la sociedad y, frecuentemente, el imperativo de evitarlo y prevenirlo (como recomienda la OMS). Al contrario, cuando alguien quiere acabar con su vida por razones de una enfermedad terminal o por su condición corporal discapacitante e intolerable no es equivalente a un suicidio, sino a una decisión de no continuar más con tratamientos inefectivos para mantener de manera artificial la vida en términos meramente cardiorrespiratorios y metabólicos, pero no en términos morales, que preserven la dignidad y autonomía de la persona misma (Dworkin 1993).

Así pues, la solicitud de AMM debe ser considerada un procedimiento legal, voluntario y autónomo, intencional y activo, directo o indirecto para producir o provocar la muerte de la persona solicitante, por razones médicas de su enfermedad o de su condición corporal intolerable.

Se han venido aprobando las dos modalidades de la AMM. Empero, en la mayoría de los estados de Australia y en algunos de los Estados Unidos⁴ se cuenta con leyes de ayuda para morir, aunque no de eutanasia propiamente dicha en el segundo. En Suiza la ayuda para morir fue despenalizada desde 1942, incluso si quien asiste no es personal médico, con la condición de que no exista un *interés egoísta* (como el económico) en la persona que ayuda a morir a otra. También se han aprobado legislaciones nacionales para la eutanasia y para la ayuda a morir en Nueva Zelanda (2020); el Tribunal Constitucional de Alemania resolvió en 2020 (Deutsche Welle 2025) que la ley que prohíbe el suicidio asistido es inconstitucional y, por ende, no se puede criminalizar, aunque los médicos no pueden administrar directamente las sustancias letales. En el Reino Unido, recientemente la Cámara de los Comunes aprobó una iniciativa para legalizar la eutanasia en Inglaterra y en Gales (2024) (CNN en Español 2025), pero tendrá que ser todavía revisada y, en su caso, aprobada por la Cámara de los Lores.

En Iberoamérica, solamente Colombia, desde el 2016, ha autorizado procedimientos eutanásicos para personas en estado terminal, derivados de una resolución de su Corte Constitucional (Corte Constitucional de la República de Colombia 2023), la cual había fallado a favor del derecho de recibir ayuda para morir desde 1997. En 2021, la Corte colombiana resolvió a favor de autorizar

4 En los Estados Unidos se ha legalizado hasta ahora solamente el "suicidio asistido" cuando se da en etapa terminal (seis meses o menos de esperanza de vida) en los Estados de Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009, por decisión judicial), Vermont (2013), California (2015), Colorado (2016), Washington D.C. (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019), Maine (2019) y Nuevo México (2021) (Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad, DMD 2025). Parece inviable, ante el predominio de las políticas republicanas conservadoras, una legislación federal que autorice los procedimientos eutanásicos en toda la Unión Americana. Similar dificultad se presenta en los países que tienen constituciones federales con estados o provincias autónomas, en términos jurídico-políticos, como México, Brasil o Australia, pero en éste último ya se ha aprobado en la mayoría de sus estados, comenzó la legalización en el estado de Victoria en 2017.

la eutanasia a una persona que no se encontraba en estado terminal: fue el caso de Víctor Escobar, y posteriormente el de Martha Sepúlveda, primeros dos ciudadanos iberoamericanos que murieron voluntariamente con ayuda médica en esa condición (BBC News Mundo 2022, 2022a). Así, la Corte colombiana extendió el derecho de solicitar eutanasia a personas que padecen una enfermedad irreversible que les provoque intenso sufrimiento físico o psíquico. Asimismo, se ha emitido recientemente en Ecuador (2024) un reglamento para autorizar la eutanasia, después de una resolución de su Corte Constitucional.⁵

La necesidad y la oportunidad de legalizar la ayuda médica para morir en México

La legalización (regulación estricta y precisa) de la ayuda médica para morir es plenamente factible en México, en sus dos modalidades. Dicha legalización en nuestro país no obedecería a una *moda* en el mundo occidental —ya que, en efecto, son pocas las naciones que lo han logrado—, sino a una necesidad y a unos beneficios sociales desde el punto de vista bioético, de derechos humanos y de justicia distributiva. No se trata de esgrimir solamente argumentos utilitaristas en beneficio de la AMM, sino también de aportar argumentos deontológicos que protegen y amplían los derechos individuales en una sociedad que —de verdad— pretenda ser democrática, secular y tolerante.

Cabe señalar que, en México (como en otros países de Iberoamérica), dado

que la ayuda para morir constituye un acto punible en los códigos penales, este proceso de legalización de la AMM deberá realizarse estado por estado de la República, como ha sucedido con la legalización del aborto en 2007 o del matrimonio entre personas del mismo sexo en 2009, que comenzaron en la legislación de la Ciudad de México y se extendieron al resto de las entidades federativas.⁶ Como en esos casos, la legalización de la AMM podría comenzar también en la capital de nuestro país, debido a la experiencia ganada en la ampliación de derechos y al talante plural que, sin duda, ha caracterizado a la Ciudad de México en las últimas décadas. Pero este proceso de legalización de la AMM no debería tener mayores obstáculos legales y sociales en el resto de nuestro país, así como en otras naciones iberoamericanas, incluso en aquellas naciones de tradición católica o cristiana en todo el mundo occidental, por las razones que intentaré argüir a continuación.

Argumentos y condiciones para la legalización de la ayuda médica para morir en México

México es un país con una población abundante y todavía en crecimiento, aunque ha disminuido su ritmo acelerado. Actualmente, posee más de 126 millones de habitantes; en cuya pirámide poblacional ha venido aumentando el porcentaje de mayores de 60 años, que representa hoy 12 %: 15 millones de personas en el censo de 2020, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (INEGI 2020). Esta

5 El Ministerio de Salud Pública del Ecuador emitió en abril de 2024 el reglamento para la aplicación de la eutanasia activa voluntaria y avoluntaria, en cumplimiento con la Sentencia 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2024).

6 Cabe recordar que la Ciudad de México adquirió en 1997 el estatus de una entidad federativa, equivalente a los demás Estados de la República Mexicana (con su asamblea y jefe/a de gobierno electo); su Constitución fue promulgada apenas en 2017, e incluye en el art. 6.º el derecho a una *muerte digna*. Pero dicha Constitución no definió en qué consiste tal derecho de dignidad del morir, por lo que hace falta una ley que lo regule de manera explícita y pormenorizada.

tendencia continuará y se acelerará en los próximos años. El incremento de personas de edad avanzada no significa que todas podrán superar el umbral de los ochenta años y —mucho menos— que lograrán esa longevidad con una buena calidad de vida.

La realidad estadística nos muestra que muchas personas sufrirán padecimientos incurables, irreversibles y muy dolorosos, como el cáncer, o padecerán enfermedades neurodegenerativas o seriamente discapacitantes durante sus últimos años.⁷ Pero esta tendencia no se restringe a las personas adultas mayores, sino también afecta —preocupantemente— a población cada vez más joven, debido a la alta toxicidad a la que estamos expuestos en las ciudades o en el campo (por agua, tierra y aire contaminados, consumo de tabaco, alcohol en exceso y alimentos químicamente procesados).

Intentaré aclarar este argumento sobre la tendencia poblacional y su relación con el estado de deterioro ambiental y sanitario, en México al menos. La tendencia poblacional de envejecimiento progresivo, combinado con malas condiciones ambientales y sanitarias, permiten prever (pero nadie puede predeterminarlo con exactitud) que la población en México se enfrentará en el futuro próximo a enfermedades crónico-degenerativas y condiciones corporales de mala calidad, que no pueden ser revertidas ni corregidas masivamente por los sistemas de salud. Sin la legalización de la AMM, más personas que ahora, padecerán en nuestro país agonías

prolongadas y sufrimientos crónicos sin mejoría ni buena calidad de vida.

La tecnología médica no puede evitarlo ni México posee, por desgracia, un sistema médico nacional con las capacidades suficientes (técnicas y humanas) para asegurar recursos de atención eficientes y dignos en los próximos años. Ni siquiera Dinamarca⁸ mantiene un sistema de salud que pueda revertir esta tendencia general en el mundo, que muestra que, a mayor edad promedio de la población de un país, combinado con el deterioro ambiental, se incrementan los padecimientos crónicos que causan enorme sufrimiento físico y mental, así como cargas injustas a las personas que deben cuidar durante un tiempo prolongado a sus familiares que los padecen, esto afecta la salud física y emocional de las personas cuidadoras (normalmente suelen ser mujeres, lo que muestra una inequidad de género en el cuidado). El problema central en el que surge la necesidad de legalizar la AMM es la imposibilidad, en muchos casos, de asegurar que las personas mueran adecuada y dignamente, para evitar sufrimientos intolerables durante un tiempo prolongado.

Así que, ante la creciente posibilidad estadística de que cualquier persona tenga que enfrentar enfermedades incurables muy dolorosas y discapacitantes, cada una podría contar con la opción legal de decidir cuándo morir con las mejores condiciones posibles, cuando ella misma lo decida de manera libre y voluntaria. Y ese derecho debe incluir la solidaridad social de asegurar esas bue-

7 De acuerdo con el INEGI, en 2022 murieron en México más de 847 mil personas. De estas, 68 % eran mayores de 65 años y 16 % de 55 años, sumando 84 % de los decesos. En México, las tres causas de fallecimiento más frecuentes siguen siendo enfermedades cardíacas, complicaciones de la diabetes y tumores malignos. Para los mayores de 65 se agrega como cuarta causa de muerte las enfermedades cerebrovasculares, y para los mayores de 55 las enfermedades del hígado (INEGI 2023).

8 Hago referencia a uno de los mejores sistemas de salud del mundo, porque el gobierno mexicano prometió que nuestro sistema de salud sería en pocos años mejor que el de Dinamarca.

nas condiciones eutanásicas mediante una ayuda médica profesional eficiente y oportuna. Nadie tiene que esperar a caer en un estado de enfermedad terminal o perder por completo la conciencia para morir, en cuyo caso, sin adecuadas directrices legales de voluntad anticipada (que sean vinculantes para los médicos y las familias) son inoperantes; el dilema es peor para los familiares y allegados que queden a su cuidado, a veces durante años. Por estudios generales (como el de Herrera Merchán et al. 2020), se sabe que las personas cuidadoras de estos pacientes tenderán a vivir con mucho estrés o depresión, y a sufrir mermas considerables en su salud, inclusive mueren antes que sus familiares incapacitados.

Hay que señalar que los cuidados paliativos, cuando están realmente disponibles y cuentan con los analgésicos suficientes en los sistemas hospitalarios, poseen limitaciones y no pueden garantizar que todas las personas que padecen enfermedades terminales o irreversibles pueden librarse del dolor intenso y del sufrimiento mental. En cualquier caso, es la persona paciente quien debe determinar hasta cuándo utilizar los cuidados paliativos. Por ello, no existe una disyuntiva entre cuidados paliativos y AMM, pues ésta implica a los primeros, no se opone a ellos. Nadie desea morir sufriendo dolores intensos, la eutanasia requiere siempre la utilización de sedación o anestesia general. Por ello, los cuidados paliativos no constituyen argumento para evadir o retrasar la ayuda médica para morir. Ese argumento es falaz y no debería usarse para impedir su legalización.

La AMM constituye, de acuerdo con las resoluciones equivalentes de diversas cortes constitucionales o supremas del mundo (como la colombiana, Cor-

te Constitucional de la República de Colombia 2023), que van generando progresivamente consenso jurídico, un nuevo derecho individual en las sociedades democráticas contemporáneas, que es aplicable a todas las naciones, independientemente de la cultura y de las religiones mayoritarias que se profesen en los países. Por eso, la AMM puede considerarse un derecho global ciudadano que debería ser establecido en las leyes nacionales. Porque únicamente un Estado totalitario o autoritario (o quizá teocrático, como el Vaticano) puede seguir prohibiendo la voluntad racional y autónoma de las personas para morir voluntariamente, cuando se está ante la imposibilidad de revertir una condición corporal irreversible e intolerable para ellas mismas.

El derecho a la vida y el derecho a morir voluntariamente

Mucho se ha discutido si el rechazo a legalizar la AMM implica, por parte de un Estado, una imposición autoritaria del sufrimiento a quien ya no desea vivir, una paradójica *obligación de vivir* a toda costa, una especie de castigo o de martirio secular infligido por las instituciones (jurídicas y sanitarias) a los ciudadanos en una sociedad democrático-liberal. Sólo una dictadura, que se erige, tarde o temprano, en dictadura de la *moral única y represiva*, puede cercenar el derecho más íntimo de una persona a decidir cómo y cuándo morir, y a impedir que reciba la ayuda de la sociedad a la que ha contribuido, si su enfermedad o su condición de supervivencia le imposibilita conservar el sentido de su más preciada dignidad, autonomía o amor propio.

En la mayor parte del mundo se reconoce el *derecho a la vida* que protege la ley como un bien fundamental; pero existe también el *derecho a renunciar al derecho a la vida*; es decir, el derecho a morir por decisión propia con ayuda médica (Hottois y Missa 2001, 605). Esto resuelve el equívoco de un inexistente *derecho a la muerte*, pues la muerte cancela, en efecto, cualquier bien y derecho individual; es contradictoria a todo derecho, obviamente.

En casi todo el mundo occidental el suicidio (más bien, la tentativa) está ya despenalizado. Tal despenalización surgió cuando se consideró al suicidio un problema de salud pública, y no un problema criminal. La despenalización de la tentativa de suicidio ha eliminado paulatinamente el estigma social, y evita cargar una culpa legal a quien ya sufre una crisis emocional o existencial (WHO 2014). Asimismo, la despenalización del suicidio ha permitido recopilar información estadística más precisa para indagar en las causas y *determinantes sociales* de los intentos suicidas. La Organización Mundial de la Salud ha recomendado desde hace años que nadie sea criminalizado(a) por intentar suicidarse (WHO 2025).

Pero ¿qué pasa con la ayuda de otros para el suicidio? En muchos países, aún concebida como homicidio piadoso, se considera equivalente al acto de dar muerte a alguien con alevosía y premeditación. Sólo en Suiza se ha despenalizado la ayuda al suicidio (fuera de un contexto de salud), pero no debe existir coacción o un interés egoísta para obtener provecho por el suicidio de otra persona. Ciertamente, parece que el suicidio debería ser un acto autónomo, pero no lo es en muchos casos.

Tanto el famoso suicidio de Séneca o los suicidios por *deshonor* o *deshonra*, típicos de las sociedades orientales y tradicionales de todo el mundo, pueden ser, en realidad, coaccionados o presionados social o políticamente, a pesar de que las personas lo hayan ejecutado por sí mismas. Es decir, son suicidios heterónomos. Por ello, como hemos dicho, la AMM no es equivalente al suicidio; no debe haber duda de que la decisión de quien solicita la AMM haya sido influida o coaccionada por nadie.

Por consiguiente, la AMM implica que una sociedad plural reconoce un derecho esencial de las personas para decidir cuándo y cómo morir; es decir, el derecho a optar por una *muerte digna*,⁹ de acuerdo con sus propios valores. Esto no quiere decir, de ningún modo, que la eutanasia pueda *imponerse* a nadie que no quiera ni que el Estado la *promueva* con su legalización, simplemente significa —por el contrario— que la acepta (la tolera) y, por ende, garantiza ese derecho a quien lo solicite, mediante reglas claras y específicas en los sistemas públicos de salud.

En una sociedad secularizada y moralmente plural, el derecho a decidir cuándo y cómo morir se convierte en el modelo para fortalecer otros derechos individuales inalienables e indispensables para el buen funcionamiento de un sistema democrático. En una sociedad tolerante y plural, existen diversas concepciones morales sobre la vida, la enfermedad y la muerte. Mientras no coaccionen a otras o no impidan sus derechos, todas las personas deben tener la libertad de decidir voluntariamente cómo y cuándo morir en las mejores condiciones que puedan, cuando no es posible revertir su situación orgáni-

9 Como quedó consagrado en el artículo 6 de la Constitución de la Ciudad de México, promulgada en 2017.

ca, así como de decidir también cómo enfrentar la enfermedad y con qué tipo de tratamientos y remedios. Pueden elegir morir naturalmente o aguantar hasta el final con los soportes tecnomédicos a los que tengan acceso, si es que están disponibles en los sistemas de atención a la salud; pero también poseen el derecho inalienable de deliberar y decidir morir por voluntad sin esperar ese desenlace *natural* (que puede ser atroz y cruel, prolongado, discapacitante física y mentalmente), y para ello las personas que así lo decidan requerirán de ayuda médica y soporte legal, es decir, de la ayuda solidaria, profesional y compasiva del resto de la sociedad.

Así pues, la AMM se ha plasmado en las legislaciones recientes, como la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) española (Gobierno de España 2021) o la canadiense (Gobierno de Canadá 2016), en un conjunto de servicios extraordinarios que pueden ofrecer las instituciones de atención a la salud, pues no son servicios onerosos ni implican el uso de tecnologías sofisticadas, sino sólo de la atención compasiva del personal médico y de unos medicamentos costeables y adecuadamente administrados.

Por otro lado, la prohibición de la eutanasia y de la ayuda para morir nunca ha sido del todo efectiva. Es un hecho que la eutanasia y el suicidio asistido se practican en México, como en muchos otros países, pero que esta práctica está sujeta a una terrible desigualdad social que afecta a las personas más precarizadas, quienes morirán, por falta de apoyos, en las peores condiciones. Por eso, el Estado mexicano debe garantizar estos derechos mediante sus servicios públicos de salud, para evitar que la desigualdad socioeconómica se traduzca en inequidad en el acceso a

la ayuda adecuada para morir, cuando una persona así lo desea. La ilegalidad de las prácticas eutanásicas es injusta y perjudica a las personas más pobres y sin acceso a los sistemas de salud de mayor calidad. En cambio, su legalización favorecería, al menos como hipótesis, la equidad y el acceso justo a un servicio gratuito y no oneroso.

A pesar de que, por la dificultad de obtener datos de prácticas médicas que están prohibidas, no existen estadísticas, la experiencia demuestra que las personas con más recursos económicos y mejores relaciones sociales (conocer médicos dispuestos a ayudar y facilidades para adquirir los medicamentos) pueden acceder a la ayuda médica para morir en condiciones adecuadas (pero no legales), mientras que eso no es factible para las personas más pobres y sin acceso a los mejores servicios de salud. Mientras no sea legal, la AMM seguirá siendo otro de los muchos factores que provocan inequidad e injusticia social en nuestro país (y en muchos otros países iberoamericanos). Por eso, la legalización de la AMM se sustenta también en razones de equidad y justicia distributiva: es necesario que la AMM sea gratuita y ofrecida con calidad en los sistemas públicos de salud, a quien lo solicite y cumpla los requisitos legales. No es justo que la gente tenga que pagar y arriesgarse legalmente para lograr morir con dignidad. De continuar la ilegalidad, las personas más pobres y vulnerables se ven sometidas al martirio del sufrimiento involuntario en los hospitales públicos o en sus hogares.

Huelga decir que un requisito fundamental de la laicidad de las leyes en cualquier país es que no impongan una concepción moral religiosa a la totalidad de la población, por muy mayoritaria que sea la religión que rechaza la AMM,

como puede ser el cristianismo, el judaísmo o el islam (ten Have 2016, 1190), y en parte, el budismo y el hinduismo. En una sociedad secularizada y plenamente democrática, se protegen los derechos de libertad de culto y se impide que la moral religiosa se imponga a todas las personas, porque el Estado no debe favorecer a ningún culto religioso por encima de otros o exigirlo a quienes no profesan ninguna religión. Por consiguiente, la AMM no sólo se funda en la esencial laicidad de las legislaciones y constituciones de los estados modernos, sino que promueve y protege la máxima secularización en beneficio tanto de mayorías como de minorías morales, en nuestras heterogéneas sociedades actuales.

La cuestión del sufrimiento subjetivo como criterio de la ayuda médica para morir

Ahora bien, ¿qué tipo y qué intensidad de sufrimiento es humanamente soportable?, ¿acaso se puede medir y comparar el sufrimiento para saber cuándo es objetivamente insoportable? No hace falta medir niveles de cortisol, de adrenalina o encontrar rasgos de sufrimiento mental en resonancias magnéticas cerebrales; existen condiciones y situaciones fenomenológicamente verificables que nos muestran que una persona sufre de un modo que —subjetivamente— no desea aguantar más, a saber: dependencia total para moverse, para comer, para respirar sin dificultades, defecar adecuadamente, para bañarse y acicalarse; el sufrimiento provocado por padecer incontinencia permanente, dolor intenso, agudo y prolongado, imposibilidad para valerse por sí misma, para tener intimidad y sexualidad, para experimentar placeres diversos, dificultad severa para dormir, desfiguración o

mutilación del cuerpo, pérdida de voz, oído, vista, memoria, capacidad de conversar, expresar, reír o incluso de enojarse y discutir con los demás. Todos ellos son efectos corporales plenamente observables que dañan la dignidad humana y causan un sufrimiento intenso e insoportable a quienes fueron personas autónomas.

Así que no necesitamos pruebas contundentes para atender el reclamo de una persona que sufre por su estado orgánico, basta con que lo solicite y lo ratifique; ¿en qué momento tenemos que aceptar nuestra propia muerte o la de otros seres queridos?; ¿cuándo podemos disponer de nuestra propia vida para liberarnos de un sufrimiento intolerable? Cada persona posee la medida y el tiempo oportuno para determinarlo por sí misma. Todas estas son preguntas para las que no poseemos en las sociedades actuales un único criterio moral válido para todos, porque dependen de diversas actitudes sociales y concepciones culturales con respecto al sentido de la vida, la enfermedad y la muerte. Por tanto, con respecto a las preguntas que he mencionado, debemos buscar un marco mínimo de principios éticos compatible con una diversidad de creencias y convicciones morales en una sociedad heterogénea y plural.

El debate sobre la AMM y sus implicaciones éticas y legales es un problema de derechos de autonomía individual (Dworkin 1993), por lo que un Estado de derecho debe poder garantizar a los individuos el derecho a disentir con respecto a las opiniones y prácticas morales (o religiosas) de la mayoría (Singer 1995). Debemos buscar un equilibrio reflexivo entre principios mínimos, derechos individuales y casos singulares. Es previsible que las solicitudes de la AMM se reduzcan a un pequeño porcentaje

de casos de enfermedades terminales y condiciones corporales complicadas. Es esperable que solo una minoría social se decida a ejercer su derecho a la AMM, pero este debe ser un derecho potencial para todas las personas. La validez de la AMM no se fundamenta en el número efectivo de solicitantes, pero sí en una opinión mayoritaria favorable en la sociedad.

La autonomía y la autodeterminación en la ayuda médica para morir

La eutanasia y, en general la AMM, conlleva la intervención de dos voluntades coordinadas: la del paciente que solicita voluntariamente la ayuda y la del personal médico que acepta la solicitud y provoca el deceso de forma rápida, eficaz e indolora. Esta intervención resulta necesaria porque hace efectiva la legalidad de la libre decisión de la o el paciente. Para que se cumpla esa voluntad de *buena muerte* se precisa la certificación de la solicitud por parte del personal médico, puesto que, de acuerdo con los conocimientos y técnicas actuales, habrá que prescribir fármacos y suministrarlos correctamente. En la mayoría de las legislaciones actuales se requiere la opinión de dos médicos(as) diferentes y la autorización legal y/o supervisión de una autoridad judicial o de un comité especializado.

Como se ha establecido en varias legislaciones (como la española, aprobada en 2021) la AMM puede ser *no voluntaria* sólo en el caso de que el paciente ya no sea capaz de expresar (o ratificar) su voluntad, pero el matiz importante es que la haya anticipado por escrito, mediante un documento legalizado en donde ha expresado su voluntad de morir en determinadas circunstancias que habrá es-

pecificado. Ello se interpreta como una decisión voluntaria diferida y conferida a un representante que la hace valer legalmente. Pero de ninguna manera la eutanasia puede ser *involuntaria*, pues nadie que no esté legalmente facultado puede decidir por otro la muerte. La eutanasia nunca debe ser contraria a los deseos expresados de viva voz o por escrito del paciente o su representante, entonces dejaría de serlo y se convierte simplemente en homicidio intencional.

Ahora bien, de acuerdo con la doctrina del doble efecto, la AMM consiste en un acto que causa —sin duda— un mal (la muerte), pero justificado por la intención benevolente y compasiva de poner fin al sufrimiento personal. Es muy claro (y genera pocas dudas) cuando la enfermedad es terminal. No obstante, los problemas (bio)éticos se agudizan cuando la AMM se genera en contextos de enfermedades crónicas e incurables, o en una condición corporal incapacitante, que resulta intolerable. Asimismo, cuando se trata de padecimientos de carácter mental o psiquiátrico, pero no de enfermedades terminales o en las que no se supone la inminencia del fallecimiento en un plazo menor a seis meses.

Si la enfermedad no es terminal, la o el paciente que demanda una acción para acelerar o causar su propia defunción está —de facto— renunciando a cualquier tratamiento médico posible. Empero, si padece un trastorno mental incontrolable o se encuentra temporalmente en una condición de alteración mental evidente, tal parece que el deseo de morir es *irracional* y, por ende, insostenible. Por ello, algunas legislaciones no admiten la AMM en casos en que existan trastornos mentales diagnosticados y tratados médicamente o incapacidad de hecho, como en la LORE española, en su artículo 5 (Gobierno de

España 2021). Pero en esta exclusión hay una inconsistencia porque, excepto en los casos de una psicosis permanente o estado mental en el que la persona no se reconoce a sí misma ni puede sostener una decisión voluntaria y ratificarla, algunos trastornos mentales, como la bipolaridad, pueden ser estabilizados con medicamentos, de tal manera que la persona esté en periodos lúcidos en los que pueda ser competente para tomar una decisión autónoma de esta envergadura.

El sufrimiento que provoca un trastorno mental incurable es uno de los mayores, ya que deteriora la salud general (además de la cognitiva) y tiende a incapacitar a la persona para la vida diaria, para el trabajo y para sus relaciones personales más significativas. Por ello, ya ha sido admitida la AMM en estos casos en Países Bajos y Bélgica (Navas 2021).

Qué tipo de acciones no son propias de la ayuda médica para morir

Lo que definitivamente NO puede ser eutanasia y, por tanto, no forma parte de la definición de AMM, son los siguientes casos:

- a) Dar la muerte sin el consentimiento, voluntad y petición expresa de la o el paciente. Como sucedió en el siniestro programa nazi T4¹⁰ de *eutanasia* involuntaria a personas discapacitadas mental y físicamente.
- b) Dejar de tratar a cualquier paciente por falta de recursos económicos o infraestructura hospitalaria, y sin su consentimiento.
- c) Precipitar la muerte o dejar de tratar a pacientes terminales (sin su consentimiento) por motivos de edad avanzada, condición socioeconómica, enfermedad estigmatizada socialmente (como el SIDA), o por cualquier motivo de discriminación racial, social o política.
- d) Provocar la muerte a pacientes que padecen una alteración psiquiátrica o que sufren una grave depresión que los hace temporalmente incompetentes para decidir de manera autónoma.
- e) Provocar la muerte cuando existen dudas médicas razonables sobre la gravedad de la enfermedad y/o la posibilidad de un tratamiento alternativo que mejore la calidad de vida.

Asimismo, debe advertirse que la legalización de la AMM no puede actuar como una compensación ni como una sustitución para enfrentar las carencias, errores y daños iatrogénicos de cualquier sistema público de salud (no es un procedimiento que remedie esas indolencias y negligencias), sino que se aplica en casos en los que médicamente no es posible lograr que alguien sobreviva sin dolor y sufrimiento físico y mental, por lo que debe tener el derecho de solicitar ayuda para morir.

Entre las decisiones que deben tomar las y los médicos, resulta dilemático sugerir o *inducir* la decisión de eutanasia al paciente cuando los tratamientos han fracasado y no existe ningún remedio a la enfermedad.¹¹ Algunos médicos tendrán escrúpulos para nunca recomendar la AMM y otros estarán dispuestos a discutirlo con sus pacientes, una vez

10 Se le llamaba así en clave porque la oficina central estaba en la avenida Tiergarten, número 4 en Berlín.

11 Por estas razones fue condenado a prisión en 1999 el famoso doctor Jack Kevorkian, pues se demostró en el juicio penal que se excedió en algunos casos en recomendar enfáticamente la eutanasia a pacientes vulnerables; fue sentenciado por homicidio en segundo grado. En la Wikipedia se encuentra una biografía que relata esos casos, véase Colaboradores de Wikipedia, "Jack Kevorkian"; asimismo, la película dirigida por Barry Levinson, 2010, *No conoces a Jack (You Don't Know Jack)*, interpretada magistralmente por Al Pacino, es una *biopic* apegada a los hechos.

que estos lo piden. ¿El personal médico debe determinar cuándo tiene validez la solicitud de AMM? No, únicamente debe certificar que la enfermedad es terminal o la condición corporal resulta irreversible e insoportable para la o el propio paciente, pero ¿cómo medirlo? Es únicamente esa persona la única que debe determinar si su sufrimiento ha llegado a un punto intolerable; sin embargo, los protocolos de atención pueden asegurarse de que haya recibido todos los cuidados paliativos necesarios y que no sufra una alteración emocional que dificulte su toma de decisiones.

Como se ha plasmado en diversas resoluciones judiciales (Corte Constitucional de la República de Colombia 2023) un estado democrático y protector de los derechos humanos debe preservar el *derecho a la vida*, pero no imponer el deber de vivir en todas las circunstancias. Ese derecho a la vida implica el deber de respetar la vida ajena, por supuesto; pero no el deber de preservar la propia vida aguantando cualquier condición adversa, en contra de la propia voluntad. Ni la sociedad, ni la medicina ni el Estado pueden obligarnos a practicar virtudes máximas para soportar lo insoportable y darle sentido al sufrimiento. Estas obligaciones morales son supererogatorias. Sin embargo, las sociedades suelen elogiar y reconocer el autosacrificio de alguien que fallece por valentía al intentar salvar la vida de otras personas, ¿por qué no reconocer el valor y el heroísmo de defender la propia dignidad para evitar la muerte atroz y dolorosa?

Objeciones y controversias sobre la ayuda médica para morir

Las objeciones principales han sido:

- a) Que esta práctica es totalmente contraria al sentido y finalidad de la medicina, que consistiría en mantener la vida humana a toda costa; pero este argumento implica que, gracias a las tecnologías médicas, conseguimos más bien prolongar *artificialmente la vida o alargar la agonía* por efecto de la medicalización excesiva y la obstinación terapéutica (Illich 1976).
- b) Que se transgrede un valor fundamental de protección de la vida humana, principalmente en las naciones en las que predominan las religiones monoteístas: el carácter inviolable y *sagrado* (para quienes acepten esta acepción) de la vida de una persona. Esta concepción es perfectamente válida para quienes son creyentes, pero no para las personas que no practican estos cultos o que, aun creyendo, deciden optar por morir voluntariamente. Por definición, la concepción religiosa sobre la *sacralidad* de la vida humana no es debatible.
- c) Que se traspassa el límite de lo aceptable en cuanto a la autonomía personal, en cuanto a decidir algo *contradictorio* a todo derecho individual: la propia muerte. Pero ¿acaso el Estado, la medicina y la sociedad nos deben dar permiso para guiar nuestras decisiones sobre nuestra propia vida? Para quienes objetan este derecho de autonomía, nadie tendría entonces la posibilidad de decidir su propio final de manera racional y meditada. Pero, desde la perspectiva de la ética filosófica, y de una concepción racional y secular de la personalidad, no hay argumentos suficientes para oponerse a esta forma esencial de autodeterminación (Mill 2002).

Sin embargo, validar la autonomía de las personas no significa avalar (o estar de acuerdo con) lo que deciden ni convertirlo en un ejemplo, tal es el caso del heroísmo *suicida*: todo el mundo lo alaba, pero casi nadie lo recomendaría, como virtud practicable, a sus seres más queridos.

d) La objeción más importante a la AMM es la que señala la posibilidad de abusos, coacción, conflicto de interés y errores médicos si se legaliza como un procedimiento normal en los hospitales. Se apela a la metáfora de la pendiente resbaladiza que inclinaría cada vez más los casos hacia la eutanasia *involuntaria* o sin consentimiento expreso, y confirmado por el propio paciente, cuando no puede darlo. Se teme que si las reglas que permiten la AMM se convirtieran en normas jurídicas globales, las personas pertenecientes a los grupos más vulnerables (ancianos con afectaciones mentales, enfermos psiquiátricos, comatosos, personas en condición de pobreza y vulnerabilidad) podrían sufrir perjuicios, pues existe el riesgo de que tanto las familias como las instituciones médicas coaccionen o influyan en las decisiones de eutanasia de manera injustificada para disminuir las cargas sociales, económicas y afectivas que implican esos casos difíciles. No es objetivo de este artículo analizar todo tipo de vulnerabilidades posibles. Lo que se puede argüir al respecto de esta última objeción, es que una ley de AMM debe incluir las *garantías* adecuadas, como el establecimiento de comisiones formales de evaluación (profesionales

laicos competentes en la materia), que analicen caso por caso para reducir al máximo los riesgos de que se produzcan abusos y malas prácticas. No existe otra forma de garantizar la aplicación idónea de la AMM, y tampoco existe el riesgo cero en estas prácticas médicas, como en ninguna otra.

e) Otra objeción considerable es la que afirma que los pacientes que desean morir pueden estar requiriendo en realidad apoyo y tratamiento psicológico-afectivo, típicamente por padecer un cuadro de depresión más o menos agudo. Pero, excepto en el caso de una depresión profunda y mórbida, es normal que una persona que solicita la AMM experimente sentimientos complejos de tristeza, temor, melancolía, enojo o zozobra. Sin embargo, también es esperable que la respuesta afirmativa a la solicitud de AMM devuelva a la persona un sentido de dignidad, de orgullo e incluso de alegría por dejar la vida en las mejores condiciones deseables.

No hay duda de que existen riesgos y razones válidas para revisar los procedimientos de AMM. Sin embargo, por eso mismo, es conveniente establecer un procedimiento regulado, transparente y supervisado para reducir esos riesgos al mínimo. Se pueden establecer comisiones bioéticas especializadas en la operación institucional de la AMM, que se integren con personas expertas profesionalmente (no sólo médicas y abogadas, también filósofas, psicólogas, antropólogas, etc.), que no sean objetoras declaradas de la AMM, y que no sean ministras de culto o representantes seculares de ninguna iglesia. Es-

tas comisiones, como se establecieron en la LORE¹² española en cada comunidad autónoma (Gobierno de España 2021), deben asegurar que la petición se produce en condiciones adecuadas, que no hay coacción ni injerencia indebida de otras personas, que no hay conflicto de interés en el personal sanitario, que la o el paciente es competente mentalmente o que la voluntad anticipada es válida legalmente.

Todas las objeciones *operativas* tienen solución mediante el procedimiento apropiado que verifique y ratifique la decisión voluntaria y libre de los pacientes para solicitar la AMM. La opinión médica de dos profesionales distintos, la o el médico tratante y otro especialista en las dolencias, que sea externo o ajeno al equipo de trabajo del primero, constituyen el requisito médico fundamental de la segunda opinión médica que —por cierto— sería conveniente en cualquier tratamiento crucial, quirúrgico o farmacológico, pues puede tener consecuencias irreversibles para la persona tratada.

En última instancia, en casi todas las legislaciones de la AMM, existe la posibilidad de emprender litigios judiciales sobre las autorizaciones de la AMM (como ha sucedido recientemente en Cataluña¹³). Eso parece un freno al derecho individual a la AMM, pero los tribunales y los jueces cuentan con los elementos jurídicos, éticos y filosóficos para fallar a favor del derecho inalienable de autonomía de las personas. Como señaló John Stuart Mill hace más de un siglo, el derecho de libertad individual (*freedom*) implica que una persona debe ser capaz de autodeterminarse porque: “en

lo que concierne únicamente a sí misma, su independencia es, por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano” (Mill 2002). Confiemos en que las razones constitucionales y la defensa de los derechos humanos prevalecerán en las democracias con Estado de derecho.

La objeción de conciencia ante la ayuda médica para morir

El verdadero problema moral y jurídico de la AMM, que lo ha obstaculizado comúnmente, consiste en el problema de sí —una vez reconocido— el derecho personal a la disposición de la propia vida puede conllevar un compromiso u obligación para otros que deban responder a la petición de la AMM. Es decir, la cuestión controversial central es: ¿debo ayudar a morir a otra persona cuando me lo pide voluntaria y racionalmente, mediante una solicitud legal? La respuesta es obvia: nadie está obligado(a) en última instancia (ni siquiera las y los médicos), como sí lo estaría para intentar salvar la vida de otras personas, si ello no comporta un riesgo letal para sí mismo(a). Aparece así la objeción de conciencia moral o religiosa, esgrimida por algunos profesionales médicos, que se niegan a atender una solicitud de AMM.

Sin embargo, no son las personas profesionales (las y los médicos), sino las instituciones las obligadas legalmente a garantizar este nuevo derecho, y por ello, deben responder a la solicitud de la AMM. Así, la responsabilidad institucional que establece una ley de AMM consiste en asegurar dicho servicio

¹² Para un análisis pormenorizado de las implicaciones jurídicos y bioéticas de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España, véase el libro editado por Carmen Tomás-Valiente 2021.

¹³ Se han dado casos en donde los padres interponen recursos legales contra las autorizaciones de la AMM para sus hijos(as) mayores de edad. Vid. Pablo Linde 2025.

—como cualquier otro— en su sistema de atención a la salud; garantizar que siempre habrá personal profesional y medios técnicos disponibles para atender cualquier solicitud que sea aprobada médica y legalmente. De este modo, se salva la cuestión de que un profesional de la medicina o de enfermería puede objetar, por razones morales o religiosas, participar en un procedimiento específico de AMM, pero tendrá que expresar su decisión caso por caso y comunicarla al paciente y al hospital.

Suele creerse que la objeción de conciencia (OC) del personal sanitario es un obstáculo infranqueable para la legalización o la buena operación de la AMM. No obstante, la OC del personal médico directamente concernido debe ser respetada, como cualquier otro derecho individual, pero debe cumplir unos determinados requisitos formales. La OC no debe impedir u obstaculizar intencionalmente el derecho de la o el paciente solicitante de la AMM. No siendo igualmente fundamentales ni equivalentes ambos derechos, pues uno implica una decisión crucial sobre la vida y la muerte, y el otro no, deben ser considerados en equidad. Además, la OC, como derecho derivado de la libertad ideológica y religiosa, constituye un derecho *individual* y nunca puede ser ejercido por una institución —centros de salud, hospital— ni por asociación o gremio médico alguno.

Sería inconstitucional, en la mayoría de las legislaciones, que haya hospitales privados (de carácter confesional) que se declaren objetores de la AMM. Sólo pueden objetar las personas profesionales; es decir, cada profesional puede objetar caso por caso mediante un procedimiento formal. Porque es factible la situación de que, si no es por una convicción religiosa incuestionable, una

o un médico objete en unos casos y en otros no. La OC permite al personal médico abstenerse de participar en un procedimiento específico de AMM, pero debe comunicarlo a la o el paciente desde el inicio de la solicitud. Y tiene la obligación de comunicarlo al hospital para ser reemplazado(a) en el tratamiento por otra persona colega no objetor(a).

La OC puede ofrecer dificultades administrativas a los hospitales, en cuyo caso, lo recomendable es que se designen clínicas específicas o grandes centros hospitalarios, en donde se puedan atender sin mayores dilaciones las solicitudes de los pacientes para recibir la AMM. Tampoco tiene sentido establecer un listado de objetores o de no objetores a la AMM, ni publicarlo o divulgarlo. También el personal médico tiene derecho a la confidencialidad de estas decisiones; pero lo que no puede suceder es que una persona profesional se declare objetora *a priori* y de manera permanente, tendrá que reiterar su decisión caso por caso y comunicarla tanto al hospital como a cada uno(a) de sus pacientes.

Asimismo, es conveniente aceptar la validez legal de la petición de AMM hecha mediante un *testamento de vida* o voluntad anticipada legalmente validada, que debe designar a una persona representante legal en el mismo documento. En estos casos no se puede oponer una OC general. Los hospitales públicos y privados deberán atender estas solicitudes anticipadas mediante el procedimiento conducente.

Mucho más problemático ha sido para legislaciones de la AMM el caso de los solicitantes menores de edad (Caplan y Arp 2014). En algunas leyes se ha excluido el derecho a los menores, como en la LORE española, art. 5 (Gobierno de España 2021), en otras se han establecido procedimientos específicos

para recabar y confirmar la voluntad de los pacientes menores de edad, como ha sucedido recientemente en Bélgica.¹⁴ En otros, sólo se ha concedido la AMM a menores en casos de enfermedad terminal. Las constituciones políticas y leyes de salud reconocen cada vez de manera más explícita el derecho de las personas menores a tomar decisiones sobre su salud y su cuerpo, por lo que es consecuente aceptar también una petición de ayuda para morir proveniente de una persona menor consciente y madura, con plena capacidad mental. En este caso, podría tener validez también una voluntad anticipada del menor de edad, validada por sus padres o tutores. Por tanto, parece razonable aceptar el criterio que se ha establecido en la legislación belga de que las personas mayores de 16 años puedan decidir por sí mismas, con el acuerdo de los padres o tutores; y en lo que respecta a los menores de entre 12 y 16 años, la aceptación o autorización de los padres o tutores de la decisión de la o el menor ha de ser un requisito ineludible.

Condiciones mínimas para la ayuda médica para morir

Aunque las opiniones y valoraciones sobre la AMM sigan siendo dispares y generen controversias morales, existe ya un consenso social y médico favorable para su legalización en todo el mundo.¹⁵ Uno de los objetivos fundamentales de la medicina es aliviar el sufrimiento de las y los pacientes mediante el uso de los medios técnicos y terapéuticos más adecuados en cada caso. Con base en los prin-

cipios de no-maleficencia y beneficencia (Beauchamp y Childress 2012), tiene prioridad el imperativo moral de evitar el sufrimiento innecesario e indeseado, así como la prolongación de tratamientos onerosos y dolorosos que ya no son eficaces, y cuyos recursos podrían ser utilizados en otros tratamientos necesarios para beneficiar a otros pacientes.

Un argumento adicional que aquí he mencionado es que mantener la prohibición legal (con castigos penales) de la AMM conlleva necesariamente la clandestinidad de conductas que no son ni moral ni socialmente reprochables, así como preservar y reforzar la injusticia y la desigualdad social en el acceso a recursos y tratamientos médicos disponibles. Así pues, el argumento central para legalizar la AMM consiste en el respeto irrestricto a la autonomía de las personas que solicitan ayuda para morir, como un derecho inalienable que adquiere cada vez mayor relevancia y alcance en el ámbito de la salud pública.

Ahora bien, para prevenir y evitar abusos, conflictos de interés y problemas operativos en la AMM, se han establecido —en general— estas condiciones o requisitos mínimos en las legislaciones actuales:

- a) La o el paciente debe padecer una enfermedad terminal o incapacitante que sea la causa de un estado de sufrimiento crónico, irreversible e intolerable para ella o él mismo.
- b) Que se cuente con un diagnóstico y pronóstico médicos (el personal médico debe conocer a fondo el caso del paciente), así como dictaminación de un(a) psiquiatra sobre

¹⁴Se puede consultar un resumen de la ley belga en el sitio web de DMD: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>

¹⁵Por ello, considero que en muchos otros países en el mundo occidental avanzarán hasta aprobarse legalizaciones de la AMM. Ha habido o están en proceso iniciativas en Francia, Reino Unido, Italia, Alemania, México, Argentina.

el estado mental de la persona para validar su competencia cognitiva, en caso de dudas. La o el paciente deben comprender cabalmente su estado corporal, sus posibilidades y los escenarios de su padecimiento. Por ello, se solicita como parte del procedimiento de la AMM un consentimiento informado.

- c) Opinión de dos médicos(as) distintos que discutan el caso; uno(a) el tratante y otro(a) externo, incluso al hospital. Es decir, la segunda opinión médica debe validar el diagnóstico y pronóstico para sustentar la solicitud de AMM de la o el paciente. O bien, esta segunda opinión puede interponer objeciones de carácter médico sobre el tratamiento seguido y las posibilidades de mejora o cura.
- d) Que el método elegido para provocar del deceso sea farmacológicamente efectivo, indoloro y que actúe lo más rápido posible, con sedación previa a que los medicamentos causen el fallecimiento. El procedimiento puede llevarse a cabo en el hospital o en un domicilio particular, ya que no exige tecnologías médicas sofisticadas.
- e) Ratificación de la solicitud expresa y voluntaria de la o el paciente competente, expresada por escrito o con un medio de registro digital, una vez que ha sido adecuadamente informado de su situación y que el médico tratante ha explicado el diagnóstico y pronóstico (consentimiento informado) para que la o el paciente tome una decisión autónoma sobre el final de su vida. La ratificación, al menos quince días después, permite a la persona meditar la decisión y revocarla en cualquier momento.

- f) Que la o el paciente haya manifestado su deseo de morir durante cierto tiempo y que ratifique la petición en un plazo razonable, por escrito y con testigos (tiene la posibilidad de retractarse en todo momento).
- g) Que una comisión bioética de personas expertas (se ha denominado en la ley española “comisión de garantías”) revise caso por caso para asegurar la decisión de la persona y evitar cualquier tipo de conflictos de interés o de abusos.
- h) Que los juzgados civiles puedan intervenir para resolver controversias que se susciten en los procedimientos de la AMM, siempre protegiendo el derecho autónomo de las y los pacientes solicitantes.

Conclusión

Por las razones que he expuesto, la AMM establecida en las legislaciones actuales de varios países es un procedimiento preciso, regulado y transparente que permite la libre y autónoma decisión de las personas para decidir morir ante una enfermedad terminal o una condición corporal inaceptable. Este procedimiento no obliga a nadie a solicitar la AMM y evita todo tipo de coacciones, por lo que puede ser incorporado como parte de los servicios de salud de los sistemas públicos, pues garantiza un derecho humano a la muerte digna, en condiciones específicas en que no hay cura o reversibilidad del sufrimiento físico y mental.

La AMM es un *derecho bioético global* que puede ser legalizado en todas las naciones del mundo, no sólo en México y en Iberoamérica, mediante los procedimientos parlamentarios y judiciales propios de cada nación y con base en

los ordenamientos de sus sistemas jurídicos. La opinión pública parece estar favoreciendo cada vez más la realización

efectiva de este nuevo derecho a morir dignamente, como cada persona lo decida de manera autodeterminada.

No existe ningún conflicto de interés, más que el interés legítimo de un ciudadano por la legalización de la ayuda médica para morir. No he usado IA para redactar el texto, sólo he em-

pleado el programa DeepL[®] para revisar la traducción al castellano de dos párrafos de textos clásicos citados. Este artículo no ha recibido ningún tipo de financiamiento.

Bibliografía

- Álvarez del Río, Asunción. 2005. *Práctica y ética de la eutanasia*. Fondo de Cultura Económica.
- Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD). 2025. “Derecho a Morir Dignamente (España)”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://derechoamorir.org/> <https://dmd.org.mx/>
- Bacon, Francis. 2004. *The Advancement of Learning*. Consultado el 22 de septiembre de 2025. The Project Gutenberg. <https://www.gutenberg.org/cache/epub/5500/pg5500-images.html>
- BBC News Mundo. 2022. “Víctor Escobar se convierte en el primer paciente no terminal en recibir la eutanasia en Colombia y América Latina”. *BBC News Mundo*, 8 de enero. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59919429>
- BBC News Mundo. 2022. “Martha Sepúlveda: muere tras una eutanasia la mujer colombiana que sufría de ELA”. *BBC News Mundo*, 9 de enero. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-59926271>
- Beauchamp, Tom L. y James F. Childress. 2012. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Caplan, Arthur L. y Robert Arp, eds. 2014. *Contemporary Debates in Bioethics*. Wiley Blackwell.
- Charlesworth, Max. 1996. *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press.
- Colaboradores de Wikipedia, “Jack Kevorkian”. *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Consultado el 23 de septiembre de 2025. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Jack_Kevorkian&oldid=168257697
- Corte Constitucional de la República de Colombia. 2023. “Sentencia T-239/23 referente al derecho fundamental a morir dignamente”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/t-239-23.htm>
- Deutsche Welle. 2020. “Alemania considera inconstitucional prohibir la eutanasia”. *DW*. 26 de febrero. <https://www.dw.com/es/justicia-alemana-considera-inconstitucional-prohibir-el-suicidio-asistido/a-52539042>
- Dworkin, Ronald. 1993. *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. Knopf.
- Gobierno de Canadá. 2021. “Medical assistance in dying”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html>
- Gobierno de España. 2021. “Boletín Oficial del Estado, núm. 72. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de mar-

- zo, de regulación de la eutanasia”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>
- Herrera Merchán, Edna, Elveny Laguarda Jaimes y Lady J. Pereira Moreno. 2020. “Daños en salud mental de cuidadores familiares de personas con Alzheimer”. *Gerokomos* 31 (2): 68-70. Consultado el 23 de septiembre de 2025. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200002
- Hottois, Gilbert y Jean-Noël Missa, eds. 2001. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. De Boeck.
- Illich, Ivan. 1976. *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Marion Boyars. Kindle.
- Inegi. 2020. “Censode Población 2020”. Consultado el 2 de junio de 2025. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructural/>
- Inegi. 2023. “Estadísticas de defunciones registradas. De enero a junio 2023”. Consultado el 23 de septiembre de 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_En-Jn.pdf
- Levinson, Barry, dir. 2010. *No conoces a Jack (You Don't Know Jack)*. Película.
- Linde, Pablo. 2025. “El Tribunal Superior de Cataluña avala que un padre pueda frenar en la justicia la eutanasia de un hijo aunque no tengan relación”. *El País*, 3 de abril. <https://elpais.com/sociedad/2025-04-03/el-tribunal-superior-de-cataluna-avala-que-un-padre-pueda-frenar-la-eutanasia-de-un-hijo-aunque-no-tengan-relacion.html>
- Mill, John Stuart. 2002. *Sobre la libertad* (1859). Alianza Editorial.
- More, Thomas. 2011. *Utopía*. Akal. Kindle.
- Moro, Tomás, Tomasso Campanella y Francis Bacon. 2015. *Utopías del Renacimiento*. Traducido por Agustín Millares Carlo, Agustín Mateos, Margarita V. de Robles. Fondo de Cultura Económica. Kindle.
- Navas, María Elena. (2021). “Eutanasia psiquiátrica: en qué consiste la controvertida práctica y en qué países donde se realiza”. *BBC News Mundo*, 10 de diciembre. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59418970>
- Picheta, Rob. 2024. “Legisladores británicos aprueban la legalización de la muerte asistida”. *CNN Mundo*, 29 de noviembre. <https://cnnespanol.cnn.com/2024/11/29/reino-unido-muerte-asistida-votacion-debate-gbr-trax/>
- Rachels, James. 1986. *The End of Life. Euthanasia and Morality*. Oxford University Press.
- Schüklenk, Udo y Peter Singer, eds. 2022. *Bioethics: An Anthology*. 4ta. ed. Wiley Blackwell.
- Schumacher, Bernard N. 2018. *Muerte y mortalidad en la filosofía contemporánea*. Traducido por Vicente Merlo Lillo. Herder.
- Singer, Peter. 1995. *Rethinking Life and Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*. Oxford University Press.
- Ten Have, Henk, ed. 2016. *Encyclopedia of Global Bioethics*. Springer.
- Tomás-Valiente Lanuza, Carmen, ed. 2021. *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de la Regulación de la Eutanasia*. Marcial Pons.
- World Health Organization, WHO. 2014. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Consultado el 22 de septiembre de 2025. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y