



Aula Virtual



Generando Conocimiento

<http://www.aulavirtual.web.ve>



REVISTA CIENTÍFICA AULA VIRTUAL

Director Editor:

- Dra. Leidy Hernández PhD.
- Dr. Fernando Bárbara

Consejo Asesor:

- MSc. Manuel Mujica
- MSc. Wilman Briceño
- Dra. Harizmar Izquierdo
- Dr. José Gregorio Sánchez

**Revista Científica Arbitrada de
Fundación Aula Virtual**

Email: revista@aulavirtual.web.ve

URL: <http://aulavirtual.web.ve/revista>



ISSN: 2665-0398

Depósito Legal: LA2020000026

País: Venezuela

Año de Inicio: 2020

Periodicidad: Continua

Sistema de Arbitraje: Revisión por pares. "Doble Ciego"

Licencia: Creative Commons [CC BY NC ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Volumen: 7

Número: 15

Año: 2026

Período: Julio 2026 – Diciembre 2026 (continua)

Dirección Fiscal: Av. Libertador, Arca del Norte, Nro. 52D, Barquisimeto estado Lara, Venezuela, C.P. 3001

La Revista seriada Científica Arbitrada e Indexada **Aula Virtual**, es de acceso abierto y en formato electrónico; la misma está orientada a la divulgación de las producciones científicas creadas por investigadores en diversas áreas del conocimiento. Su cobertura temática abarca Tecnología, Ciencias de la Salud, Ciencias Administrativas, Ciencias Sociales, Ciencias Jurídicas y Políticas, Ciencias Exactas y otras áreas afines. Su publicación es **CONTINUA**, indexada y arbitrada por especialistas en el área, bajo la modalidad de doble ciego. Se reciben las producciones tipo: *Artículo Científico* en las diferentes modalidades cualitativas y cuantitativas, *Avances Investigativos*, *Ensayos*, *Reseñas Bibliográficas*, *Ponencias* o *publicaciones derivada de eventos*, y cualquier otro tipo de investigación orientada al tratamiento y profundización de la información de los campos de estudios de las diferentes ciencias. La Revista **Aula Virtual**, busca fomentar la divulgación del conocimiento científico y el pensamiento crítico reflexivo en el ámbito investigativo.



EUTANASIA COMO MANIFESTACIÓN DE LA DIGNIDAD EN LA MUERTE

EUTHANASIA AS AN EXPRESSION OF DIGNITY IN DEATH

Tipo de Publicación: Artículo Científico

Área del Conocimiento: Ciencias Sociales y Aplicadas

Recibido: 12/06/2026

Aceptado: 14/06/2026

Publicado: 08/08/2026

Código Único AV: e768

Páginas: 1(620-639)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.21850846>

Autores:

Paulina Roque Soplpuco

Abogado

Maestra en Derecho, mención en Derecho Penal y
Procesal Penal

 <https://orcid.org/0009-0008-5039-4059>

E-mail: Paulina.roque@unmsm.edu.pe

Afiliación: Universidad Nacional Mayor de San
Marcos

País: República del Perú

John Franklin Yumpo Vargas

Bachiller en Administración y Ciencias Policiales

Abogado

Licenciado en Administración en Ciencia Policiales

Maestro en Derecho Constitucional y Derechos
Humanos

 <https://orcid.org/0009-0006-4378-6279>

E-mail: john.yumpo@epg.usil.pe

Afiliación: Universidad San Ignacio del Loyola

País: República del Perú

Resumen

El objetivo del estudio es fundamentar que la eutanasia puede ser jurídicamente permitida como manifestación de la dignidad en la muerte, pero únicamente bajo parámetros estrictos de permisibilidad condicionada, tomando como eje el caso peruano de Ana Estrada. La investigación adopta un enfoque cualitativo, con diseño jurídico-doctrinal y jurisprudencial, basado en análisis doctrinal y regulatorio comparado de fuentes científicas indexadas. El procedimiento analítico se desarrolló en tres fases: sistematización conceptual de categorías biojurídicas, contraste doctrinal y comparado de modelos de admisibilidad, e interpretación jurídica argumentativa orientada a construir criterios normativos estrictos. Los resultados muestran convergencia en la literatura científica y en el derecho comparado hacia modelos de excepción regulada con salvaguardas acumulativas, condición clínica irreversible, sufrimiento intolerable, consentimiento libre e informado, verificación de capacidad y control médico independiente. En el caso peruano, el precedente de Ana Estrada configura la inaplicación del tipo penal de homicidio por piedad, con exigencia de protocolo sanitario y supervisión institucional. Se concluye que la eutanasia es compatible con el Estado constitucional de derecho como permiso excepcional reglado, siempre que opere bajo control médico, garantías procedimentales y supervisión estatal.

Palabras Clave

Eutanasia, muerte digna, dignidad humana, autonomía personal.

Abstract

The objective of the study is to establish that euthanasia can be legally permitted as a manifestation of dignity in death, but only under strict parameters of conditional permissibility, taking the Peruvian case of Ana Estrada as a basis. The research adopts a qualitative approach, with a legal-doctrinal and comparative regulatory design, based on the analysis of indexed scientific sources. The analytical procedure was developed in three phases: conceptual systematization of bio-legal categories, doctrinal and comparative contrast of admissibility models, and argumentative legal interpretation aimed at constructing strict normative criteria. The results show convergence in scientific literature and comparative law toward models of regulated exception with cumulative safeguards: irreversible clinical condition, intolerable suffering, free and informed consent, verification of capacity, and independent medical oversight. In the Peruvian case, the precedent of Ana Estrada constitutes a specific criminal non-application of the criminal offense of mercy killing, with the requirement of a health protocol and institutional supervision, without general legalization. It is concluded that euthanasia is compatible with the constitutional rule of law as an exceptional regulated permission, provided that it operates under medical control, procedural guarantees, and state supervision.

Keywords

Euthanasia, death with dignity, human dignity, personal autonomy

Introducción

El debate sobre la eutanasia se ha desplazado progresivamente desde una prohibición penal rígida hacia un análisis constitucional y biojurídico centrado en la dignidad humana, la autonomía personal y la calidad de vida en el tramo final de la existencia.

La literatura científica especializada ha señalado que la muerte digna no puede entenderse como una negación del valor de la vida, sino como una derivación del principio de dignidad, especialmente cuando la persona enfrenta un deterioro extremo, pérdida de autonomía funcional y sufrimiento intolerable. Desde esta perspectiva, la protección de la vida no opera como un mandato de prolongación biológica a toda costa, sino como garantía de una existencia compatible con mínimos de integridad, libertad y no degradación. Diversos estudios biojurídicos sostienen que la discusión debe trasladarse desde la dicotomía “vida versus muerte” hacia el análisis de dignidad, libertad y proporcionalidad en las decisiones al final de la vida (Barturen et al., 2024).

El desarrollo del derecho comparado muestra respuestas normativas diferenciadas: desde modelos de prohibición absoluta hasta esquemas de despenalización condicionada y regímenes de permiso médico regulado. La magistratura efectuando control constitucional,—en el caso concreto, dispuso la inaplicación de la sanción penal

de homicidio piadoso (artículo 112 del Código Penal) respecto de su situación particular y se ordenó la elaboración de protocolos médicos, configurando un modelo de permiso excepcional supervisado. La doctrina reciente describe este precedente como el reconocimiento jurisprudencial de la muerte con dignidad como derecho debatible dentro del Estado constitucional, sin que ello implique una legalización general de la eutanasia.

El problema planteado es ¿De qué manera la eutanasia puede ser jurídicamente permitida como manifestación de la dignidad en la muerte? El estudio tuvo como objetivo, fundamentar que la eutanasia puede ser jurídicamente permitida como manifestación de la dignidad en la muerte, pero únicamente bajo parámetros estrictos de permisibilidad condicionada, tomando como eje el caso peruano de Ana Estrada.

El análisis de la eutanasia como manifestación de la dignidad en la muerte exige partir de un enfoque integrado entre derecho constitucional, bioética y teoría de los derechos fundamentales. La discusión contemporánea ha superado la visión exclusivamente penal del acto eutanásico para situarlo dentro del debate sobre autonomía, libertad y calidad de vida en contextos de enfermedad grave e irreversible. La literatura científica coincide en que el problema no se reduce a la disponibilidad de la vida, sino a las condiciones de su protección y a los límites de la intervención estatal cuando el

propio titular del derecho solicita poner fin a un sufrimiento intolerable (Barturen et al., 2024).

Desde la teoría de los derechos fundamentales, la dignidad humana opera como principio estructural del orden constitucional y como criterio interpretativo de los demás derechos. No se trata solo de un valor abstracto, sino de un parámetro normativo que exige reconocer a la persona como fin en sí misma y titular de autodeterminación. La doctrina biojurídica sostiene que la dignidad comprende no solo el derecho a vivir, sino a vivir en condiciones no degradantes, lo que abre el debate sobre la legitimidad de decisiones médicas de final de vida cuando la continuidad biológica implica sufrimiento extremo y pérdida total de autonomía funcional (Taboada, 2000; Barturen et al., 2024).

Metodología

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con diseño dogmático de investigación jurídico-doctrinal orientado a examinar la eutanasia como manifestación de la dignidad en la muerte y a fundamentar su admisibilidad jurídica bajo parámetros estrictos. El tipo de investigación es teórica-analítica, de nivel interpretativo, con apoyo en revisión de la literatura científica y análisis de precedentes judiciales relevantes.

Se empleó como técnica principal el análisis documental, aplicado a fuentes académicas indexadas relacionadas en bioética y derecho, así como a decisiones judiciales y documentos normativos vinculados con la eutanasia y la muerte digna. La estrategia metodológica consistió en una revisión de literatura especializada, priorizando artículos publicados en revistas indexadas en Scopus y SciELO, y trabajos con evaluación académica, sobre eutanasia y suicidio asistido. Este método resulta idóneo para integrar fundamentos conceptuales, bioéticos y constitucionales, y ha sido utilizado en investigaciones recientes sobre el caso peruano de muerte digna (Barturen et al., 2024).

La búsqueda de fuentes se orientó por criterios temáticos: eutanasia, muerte digna, autonomía personal, dignidad humana, suicidio asistido y regulación comparada (Buriticá-Arango, 2023). El procedimiento analítico se desarrolló en tres fases: a) sistematización conceptual, para delimitar categorías teóricas y distinciones biojurídicas; b) contraste doctrinal y comparado, para identificar convergencias y divergencias en los modelos de admisibilidad de la eutanasia; y c) interpretación jurídica argumentativa, orientada a construir los parámetros estrictos de permisibilidad condicionada.

En la primera fase se realizó la sistematización conceptual de las categorías centrales involucradas en el debate: dignidad humana, autonomía personal,

muerte digna, eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa y limitación del esfuerzo terapéutico. Esta etapa tuvo por finalidad evitar ambigüedades terminológicas y asegurar coherencia teórica, dado que la literatura especializada advierte que la confusión conceptual conduce a errores normativos y éticos en la regulación del final de la vida.

La delimitación se efectuó mediante revisión analítica de estudios bioéticos y jurídicos que distinguen intención médica, causalidad y consentimiento como criterios diferenciales de la eutanasia frente a otras prácticas clínicas (Echevarría et al., 2011; Taboada, 2000). Asimismo, se incorporó el desarrollo doctrinal que entiende la muerte digna como derecho derivado de la dignidad y no como derecho autónomo irrestricto, conforme a la producción científica reciente sobre el caso peruano de muerte digna (Barturen et al., 2024).

Esta fase permitió construir una matriz conceptual operativa que sirvió de base para el análisis, identificando elementos constantes, enfermedad grave e irreversible, sufrimiento intolerable, solicitud expresa y control médico. La segunda fase consistió en el contraste sistemático de la doctrina científica y de los modelos regulatorios comparados, con el propósito de identificar convergencias y divergencias en la admisibilidad de la eutanasia. Se analizaron estudios empíricos, bioéticos y jurídicos sobre experiencias regulatorias en Europa y Norteamérica, así como investigaciones

sobre actitudes médicas, salvaguardas legales y funcionamiento de sistemas de control.

La literatura comparada muestra coincidencia en que los regímenes permisivos operan bajo esquemas de verificación reforzada, segunda opinión clínica y reporte obligatorio, lo que reduce riesgos de abuso cuando existen controles institucionales sólidos (Battin et al., 2007; Kouwenhoven et al., 2019; Snijdewind et al., 2015).

Los estudios sobre práctica médica posterior a la legalización en Países Bajos y Bélgica evidencian que la autonomía del paciente se equilibra con la responsabilidad profesional mediante protocolos estrictos (Smets et al., 2011; Van Wesemael et al., 2011). Los tribunales no reconocen un derecho absoluto a morir, sino espacios de permiso condicionado sustentados en dignidad, libertad e integridad personal (Ost, 2010; Schuklenk, 2016; Buriticá-Arango, 2023). Este contraste permitió clasificar los modelos en tres tipos: prohibición absoluta, despenalización condicionada y permiso médico regulado, ubicando el desarrollo peruano dentro del esquema de excepción judicial controlada.

La tercera fase correspondió a la interpretación jurídica argumentativa de las fuentes doctrinales y jurisprudenciales, orientada a construir los parámetros estrictos de permisibilidad condicionada. Se aplicó razonamiento de ponderación de principios —dignidad, autonomía,

protección de la vida y libertad— para determinar bajo qué condiciones la admisibilidad excepcional resulta compatible con el Estado constitucional.

En esta etapa se examinó de manera específica el precedente peruano del caso Ana Estrada, entendido por la doctrina científica como modelo de inaplicación penal concreta con obligación de protocolo médico y control institucional, sin legalización general (Barturen et al., 2024).

La integración de resultados doctrinales y comparados permitió derivar criterios acumulativos de admisibilidad: condición clínica irreversible, sufrimiento intolerable documentado, consentimiento libre e informado reforzado, evaluación de capacidad, verificación médica independiente y supervisión institucional. Estos parámetros coinciden con los requisitos descritos en la literatura bioética y en los estudios de práctica regulada (Harris, 2003; Meeussen et al., 2011; Kouwenhoven et al., 2019).

Como resultado de esta fase interpretativa se formuló el modelo teórico de permisibilidad condicionada, que no configura disponibilidad irrestricta de la vida, sino excepción reglada sustentada en dignidad y autonomía con salvaguardas verificables. Con ello, la metodología garantiza coherencia teórica, trazabilidad de fuentes y solidez argumentativa propia de un artículo científico jurídico-bioético.

Resultados

Para abordar el estudio, resulta ineludible desarrollar el principio de dignidad humana, la cual no es entendida únicamente como atributo ontológico, sino como principio normativo que exige respeto por la condición de la persona como fin en sí misma y no como mero objeto de preservación biológica.

Existe un vínculo entre dignidad y decisiones de final de vida, sosteniendo que el derecho a decidir morir con dignidad se configura como proyección del respeto por la persona y su integridad moral y física (Taboada, 2000). En la misma línea, estudios jurídicos recientes sobre eutanasia y muerte digna destacan que la dignidad funciona como parámetro interpretativo para evaluar la legitimidad de excepciones reguladas a la prohibición penal, especialmente cuando el mantenimiento forzado de la vida implica degradación severa (Golijan, 2020).

En el análisis científico del caso peruano de Ana Estrada, se advierte que la argumentación judicial se apoyó centralmente en la dignidad como principio constitucional rector, desde el cual se articuló la inaplicación penal del homicidio piadoso y la exigencia de protocolos médicos, configurando la muerte digna como derecho derivado debatible dentro del Estado constitucional (Barturen et al., 2024).

El principio de autonomía personal opera como fundamento bioético y jurídico de las decisiones médicas informadas. Se define como la capacidad de la persona para decidir libremente sobre su propio cuerpo y su propio plan de vida, siempre que cuente con información suficiente y capacidad decisoria.

En el ámbito sanitario, la autonomía se concreta a través del consentimiento informado y del derecho a aceptar o rechazar tratamientos (Harris, 2003; Mueller et al., 2010). Los estudios empíricos sobre solicitudes de eutanasia en atención primaria y medicina general evidencian que los profesionales consideran determinante la reiteración de la voluntad y la estabilidad de la decisión en el tiempo (Meeussen et al., 2011; Jansen-van der Weide et al., 2005).

La doctrina comparada también vincula la autonomía con el libre desarrollo de la personalidad en materia de decisiones sobre la propia muerte, como ha sido reconocido en desarrollos constitucionales europeos recientes, donde se afirma que la autodeterminación incluye decisiones existenciales críticas bajo condiciones estrictas (Horn, 2020).

Vinculado con la autonomía, el principio de libertad protege la capacidad de autodeterminación en decisiones existenciales profundas. La literatura jurídica sobre eutanasia sostiene que la libertad no se agota en la ausencia de coerción externa, sino que

incluye la facultad de adoptar decisiones íntimas sobre el propio proceso de morir, bajo condiciones de información y capacidad.

Los estudios de jurisprudencia comparada en derechos humanos muestran que varios tribunales han utilizado el principio de libertad personal como fundamento para abrir espacios de permiso condicionado en ayuda médica para morir, evitando formular un derecho irrestricto, pero admitiendo excepciones reguladas (Schuklenk, 2016; Kim, 2021). El análisis comparado de decisiones judiciales europeas confirma que la libertad se pondera junto con dignidad e integridad, no de forma aislada (Akhtyrskaya & Grodetskiy, 2021; Barturen et al., 2024).

La proporcionalidad terapéutica sostiene que no toda intervención médica que prolonga la vida resulta obligatoria si produce cargas desproporcionadas en relación con sus beneficios (Echevarría et al., 2011). La literatura sobre dispositivos de soporte vital y su retiro muestra que la ética médica contemporánea acepta decisiones de interrupción cuando el tratamiento resulta desproporcionado (Mueller et al., 2010). Este principio dialoga con la tesis de que la protección de la vida no implica su prolongación a cualquier costo, sino su tutela razonable y proporcionada.

Así también el principio de protección reforzada de personas vulnerables. Este principio no opera como prohibición absoluta, sino como

exigencia de salvaguardas adicionales. Los estudios comparativos sobre regímenes permisivos muestran que los sistemas con mejores resultados incorporan filtros acumulativos: segunda opinión médica, evaluación de capacidad, reporte obligatorio y revisión institucional (Battin et al., 2007; Kouwenhoven et al., 2019; Snijdewind et al., 2015). La investigación empírica no confirma expansión abusiva cuando estas salvaguardas están presentes.

La doctrina especializada advierte que la ausencia de controles transforma la excepción en riesgo, mientras que la protocolización estricta convierte la práctica en fenómeno jurídicamente gobernable (Ost, 2010; Pereira, 2011). El desarrollo analítico de la evidencia doctrinal, bioética y jurisprudencial permitió identificar resultados consistentes en torno a la configuración contemporánea de la eutanasia como figura de admisibilidad excepcional condicionada, sustentada en dignidad, autonomía y control médico-institucional reforzado. La integración de las tres fases metodológicas, sistematización conceptual, contraste comparado e interpretación jurídica, evidenció convergencias significativas entre la literatura científica indexada y el desarrollo jurisprudencial reciente.

En la fase de sistematización conceptual se verificó una coincidencia transversal en la literatura especializada respecto a la necesidad de delimitación estricta de la eutanasia frente a otras

decisiones médicas de final de vida. Los estudios clínico-éticos y médico-jurídicos subrayan que la eutanasia se configura únicamente cuando existe intervención dirigida causalmente a producir la muerte, mediando solicitud expresa y consciente del paciente y contexto de sufrimiento grave e irreversible, diferenciándose así de la sedación paliativa y de la limitación del esfuerzo terapéutico (Echevarría et al., 2011).

La dignidad no se agota en la preservación biológica, sino que incorpora condiciones de integridad y no degradación, lo que reconfigura la lectura del deber de protección de la vida en contextos clínicos límite (Golijan, 2020; Rinie Steinmann, 2016; Russell, 2019). En la producción científica peruana reciente sobre el caso de muerte digna se confirma esta misma línea interpretativa, señalando que la dignidad funciona como eje de reinterpretación constitucional en decisiones de final de vida (Barturen et al., 2024).

Un segundo resultado conceptual fue la convergencia en caracterizar la decisión de morir en dignidad como derecho derivado y limitado, no como derecho fundamental autónomo e irrestricto. La doctrina especializada revisada rechaza de manera mayoritaria la tesis de disponibilidad absoluta de la vida, pero también cuestiona la indisponibilidad rígida cuando se trata de sufrimiento irreversible certificado, proponiendo en

su lugar modelos de ponderación y proporcionalidad (Horn, 2020; Ost, 2010).

En la fase de contraste doctrinal y comparado, los resultados muestran que los sistemas regulatorios permisivos presentan estructuras reiteradas de salvaguardas. El análisis comparado de la regulación de la eutanasia y la ayuda médica para morir muestra que los ordenamientos jurídicos contemporáneos han adoptado tres grandes modelos: prohibición con admisión de rechazo de tratamiento, permiso médico regulado con salvaguardas estrictas y despenalización condicionada con control institucional. La evidencia normativa y doctrinal permite ubicar con claridad la situación actual de nueve países relevantes para el debate.

En Países Bajos, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son conductas típicamente delictivas, pero no punibles cuando el médico cumple los criterios de debida diligencia establecidos en la Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Estos criterios incluyen solicitud voluntaria y bien considerada, sufrimiento insoportable sin perspectiva de mejora, información suficiente, inexistencia de alternativas razonables, consulta con médico independiente y notificación obligatoria para revisión posterior. La literatura médica y jurídica describe este modelo como permiso

regulado con control ex post obligatorio (Kouwenhoven et al., 2019; Battin et al., 2007).

En Bélgica, la eutanasia fue despenalizada mediante la Ley de 2002 bajo condiciones estrictas y con sistema de reporte obligatorio ante una comisión federal de control. Los estudios empíricos muestran que el sistema opera con evaluación clínica acumulativa y revisión institucional, constituyendo un modelo de legalización condicionada con supervisión técnica (Smets et al., 2011).

En España, la Ley Orgánica 3/2021 regula la eutanasia como prestación sanitaria sujeta a procedimiento garantista, doble evaluación médica y control por Comisiones de Garantía y Evaluación. La doctrina biojurídica española caracteriza el modelo como despenalización reglada integrada al sistema público de salud (Tomás-Valiente Lanuza, 2021).

En Canadá, la Medical Assistance in Dying (MAID) está permitida bajo requisitos legales y salvaguardas diferenciadas según el tipo de paciente. La regulación federal mantiene excluidos —por aplazamiento legislativo— los casos donde la única condición subyacente es enfermedad mental, lo que confirma el enfoque de expansión controlada con exclusiones expresas (Government of Canada, 2024; Schuklenk, 2016).

En Colombia, la eutanasia es jurídicamente admisible a partir de desarrollo constitucional y

regulación sanitaria progresiva. La Corte Constitucional despenalizó el homicidio por piedad en supuestos específicos y posteriormente amplió la protección a la muerte digna, con protocolos del Ministerio de Salud que establecen comités clínicos y verificación de requisitos. La literatura científica regional reconoce a Colombia como modelo latinoamericano de permiso protocolizado (Corte Constitucional de Colombia, C-239/1997; C-233/2021; Buriticá-Arango, 2023).

En Australia (por ejemplo, el Estado de Victoria), rige un régimen de Voluntary Assisted Dying que permite ayuda médica para morir bajo criterios estrictos: mayoría de edad, capacidad decisoria, enfermedad incurable avanzada, sufrimiento intolerable y doble evaluación médica independiente. Los estudios comparados lo ubican dentro del modelo de asistencia médica regulada subnacional.

En Estados Unidos (Oregón), el Death with Dignity Act permite el suicidio médicamente asistido —no la eutanasia directa— para pacientes adultos con enfermedad terminal y pronóstico limitado, bajo procedimiento médico y verificación de capacidad. La evidencia empírica describe un régimen de prescripción controlada con reporte obligatorio (Battin et al., 2007).

En Chile, la eutanasia activa permanece prohibida. El marco vigente reconoce el derecho a rechazar tratamientos y la proporcionalidad terapéutica, pero no autoriza actos destinados a causar la muerte. La doctrina bioética chilena distingue claramente entre limitación del esfuerzo terapéutico y eutanasia, manteniendo la ilicitud de esta última (Echevarría et al., 2011; Taboada, 2000).

En México, la eutanasia activa no es legal; sin embargo, existe reconocimiento normativo de la voluntad anticipada y del rechazo de tratamientos desproporcionados en pacientes terminales. La literatura bioética latinoamericana clasifica el modelo mexicano como prohibición con admisión de limitación terapéutica basada en autonomía y dignidad (Taboada, 2000; Golijan, 2020).

En Perú, la eutanasia no ha sido legalizada, pero el caso de Ana Estrada produjo un precedente de inaplicación penal concreta del homicidio por piedad, con orden judicial de elaboración de protocolo sanitario. La producción científica peruana especializada concluye que se trata de un modelo de excepción judicial protocolizada y no de despenalización general, sustentado en dignidad, autonomía y control institucional (Barturen et al., 2024). Hechos detallados de conformidad con la siguiente Tabla 1:

País	Modelo Regulatorio	Instrumento Legal	Salvaguardas Principales
Países Bajos	Permiso regulado con control <i>ex post</i> obligatorio.	<i>Termination of Life on Request and Assisted Suicide</i>	Solicitud voluntaria y bien considerada, sufrimiento insoportable sin perspectiva de mejora, información suficiente, inexistencia de alternativas razonables,

		<i>(Review Procedures) Act.</i>	consulta con médico independiente y notificación obligatoria.
Bélgica	Legalización condicionada con supervisión técnica.	Ley de eutanasia de 2002.	Condiciones estrictas de evaluación clínica acumulativa, revisión institucional y sistema de reporte obligatorio ante una comisión federal de control.
España	Despenalización reglada integrada al sistema público de salud.	Ley Orgánica 3/2021.	Procedimiento garantista, doble evaluación médica y control riguroso por Comisiones de Garantía y Evaluación.
Canadá	Expansión controlada con exclusiones expresas.	<i>Medical Assistance in Dying (MAID)</i> (Regulación federal).	Requisitos legales y salvaguardas diferenciadas según el tipo de paciente; exclusión temporal de casos donde la única condición subyacente es la enfermedad mental.
Colombia	Permiso protocolizado (admisible a partir de desarrollo constitucional progresivo).	Decisiones de la Corte Constitucional (C-239/1997; C-233/2021) y protocolos del Ministerio de Salud.	Establecimiento de comités clínicos interdisciplinarios y verificación de requisitos estrictos.
Australia (Estado de Victoria)	Asistencia médica regulada subnacional (<i>Voluntary Assisted Dying</i>).	Régimen de <i>Voluntary Assisted Dying</i> .	Mayoría de edad, capacidad decisoria, enfermedad incurable avanzada, sufrimiento intolerable y doble evaluación médica independiente.
Estados Unidos (Oregón)	Prescripción controlada con reporte obligatorio (Suicidio médicamente asistido).	<i>Death with Dignity Act</i> .	Aplicable a pacientes adultos con enfermedad terminal y pronóstico limitado, exigiendo procedimiento médico, verificación de capacidad y reporte obligatorio. (No permite eutanasia directa).
Chile	Prohibición con admisión de limitación del esfuerzo terapéutico.	Ley N.º 20.584 (derechos del paciente)	Reconoce el derecho a rechazar tratamientos y la proporcionalidad terapéutica. No autoriza actos destinados a causar la muerte (eutanasia activa prohibida).
México	Prohibición con admisión de limitación terapéutica basada en autonomía y dignidad.	Ley General de Salud (voluntad anticipada y cuidados paliativos)	Permite el rechazo de tratamientos desproporcionados en pacientes terminales. Eutanasia activa no legal.
Perú	Excepción judicial protocolizada (no despenalización general).	Sentencia Ana Estrada (Exp. 00573-2020-0-1801-JR-DC-11)	Inaplicación penal concreta del homicidio por piedad mediante orden judicial, con elaboración obligatoria de protocolo sanitario y control institucional.

Tabla 1. Cuadro resumen de evolución de la Eutanasia

Fuente: Elaboración propia

Los estudios empíricos sobre Oregon y Países Bajos constituyen evidencia central: la investigación comparativa sobre grupos vulnerables no confirma un incremento sistemático de prácticas abusivas cuando existen filtros médicos y controles institucionales estrictos (Battin et al., 2007). De manera consistente, los análisis sobre la práctica neerlandesa describen un modelo de equilibrio entre responsabilidad profesional y autonomía del paciente, basado en evaluación independiente, criterios clínicos acumulativos y reporte obligatorio (Kouwenhoven et al., 2019; Snijdewind et al., 2015).

Las investigaciones sobre médicos generales y especialistas en Bélgica y Países Bajos muestran que la aceptación profesional de la eutanasia se asocia principalmente a tres factores: irreversibilidad clínica, sufrimiento refractario y consentimiento informado reiterado (Smets et al., 2011; Meeussen et al., 2011). Este patrón se replica en estudios sobre actitudes médicas en Reino Unido e Israel, donde el apoyo aumenta cuando la práctica se restringe a supuestos extremos verificados (Zenz et al., 2014; Dopelt et al., 2021).

En el plano sociológico, los estudios poblacionales europeos revelan que la aceptación social de la eutanasia se incrementa cuando se comunica como medida excepcional bajo control sanitario estricto. Los análisis longitudinales de opinión pública muestran tendencia creciente de

aceptación condicionada, particularmente en personas con mayor nivel educativo e información médica (Cohen et al., 2006; Vilpert et al., 2020). En contraste, los factores religiosos y de conservadurismo moral correlacionan con mayor oposición, aunque incluso en estos grupos la aceptación aumenta cuando concurren sufrimiento extremo y ausencia de alternativas terapéuticas (Bulmer et al., 2017; Fortuin et al., 2020).

Los resultados también muestran que la literatura científica dedica especial atención al impacto familiar y al entorno del paciente. Estudios cualitativos en Suiza y Oregon evidencian que los familiares reportan menor carga traumática cuando existió protocolo claro, comunicación médica transparente y acompañamiento clínico, en comparación con procesos de agonía prolongada (Gamondi et al., 2013; Ganzini et al., 2009; Wagner et al., 2012). Este hallazgo refuerza la relevancia de la protocolización como variable protectora.

En la fase de interpretación jurídica argumentativa, el resultado dominante en la literatura de derecho comparado es claro: no se configura un derecho irrestricto a morir, sino espacios de permiso condicionado. Los estudios de análisis jurisprudencial muestran que los tribunales fundamentan la admisibilidad excepcional en dignidad, autonomía e integridad personal, evitando reconocer disponibilidad general de la vida (Schuklenk, 2016; Kim, 2021; Akhtyrskaya &

Grodetskiy, 2021). Los trabajos de revisión de jurisprudencia comparada en derechos humanos confirman que el lenguaje judicial dominante es el de excepción controlada y no el de libertad irrestricta (Buriticá-Arango, 2023).

Respecto del caso peruano de Ana Estrada, la literatura científica indexada coincide en su calificación como modelo de inaplicación penal concreta con obligación de protocolo médico. El estudio especializado publicado en revista de bioética y derecho concluye que el precedente no legaliza la eutanasia, sino que reconoce una excepción individual basada en dignidad y libertad con exigencia de salvaguardas clínicas e institucionales (Barturen et al., 2024).

La integración de todos los hallazgos permitió derivar, como resultado estructurado, un conjunto de parámetros acumulativos de admisibilidad reiterados en la literatura científica: Enfermedad grave e irreversible certificada; sufrimiento intolerable clínicamente documentado; solicitud libre, informada y reiterada; evaluación de capacidad decisoria, segunda opinión médica independiente; protocolo clínico obligatorio; y, registro y supervisión institucional

La evidencia científica revisada converge en que la eutanasia solo es defendible —en términos bioéticos y jurídicos— dentro de este esquema de excepción regulada, control reforzado y verificación

acumulativa, descartando de forma consistente los modelos de disponibilidad irrestricta.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten sostener que la discusión contemporánea sobre la eutanasia ha dejado de estructurarse en una oposición binaria entre prohibición absoluta y liberalización irrestricta, para desplazarse hacia modelos de permisibilidad condicionada, sustentados en dignidad, autonomía y control institucional reforzado.

Asimismo, los resultados guardan coherencia con la teoría de la autonomía en bioética clínica. Los estudios empíricos y normativos analizados muestran que el consentimiento libre e informado, evaluado bajo estándares de capacidad decisoria, constituye condición necesaria en todos los modelos de ayuda médica para morir (Harris, 2003; Mueller et al., 2010). Sin embargo, en concordancia con la teoría bioética dominante, los resultados también confirman que la autonomía por sí sola no es considerada suficiente en la literatura científica, sino que debe integrarse con verificación médica independiente y salvaguardas procedimentales. Esta convergencia coincide con investigaciones sobre práctica médica en Bélgica y Países Bajos, donde la decisión del paciente se valida solo tras controles clínicos acumulativos (Smets et al., 2011; Kouwenhoven et al., 2019).

El contraste con los antecedentes empíricos internacionales refuerza la consistencia de los resultados. Los estudios comparativos sobre Oregon y Países Bajos no evidencian expansión incontrolada de la práctica cuando existen mecanismos de reporte obligatorio y revisión externa (Battin et al., 2007; Snijdewind et al., 2015).

Desde el plano de la teoría jurídica, los resultados coinciden con los estudios de jurisprudencia comparada que sostienen que los tribunales constitucionales no reconocen un derecho irrestricto a morir, sino espacios de excepción condicionada contruidos mediante ponderación de principios. Los antecedentes analizados en decisiones europeas y norteamericanas muestran fundamentos reiterados en dignidad, integridad y libertad personal, con rechazo explícito a la disponibilidad absoluta de la vida (Ost, 2010; Schuklenk, 2016; Kim, 2021). Este patrón es plenamente coherente con los resultados del análisis doctrinal comparado desarrollado en la investigación (Buriticá-Arango, 2023).

En cuanto al antecedente peruano específico, los resultados se alinean de forma directa con la producción científica reciente sobre el caso de Ana Estrada. El estudio indexado en revista de bioética y derecho concluye que el precedente configuró una inaplicación penal concreta con obligación de protocolo médico, sin legalización general de la eutanasia, y que la muerte digna fue reconocida

como derecho derivado debatible dentro del Estado constitucional (Barturen et al., 2024). La discusión de los resultados confirma esta lectura: el modelo peruano no encaja en un esquema de despenalización abierta, sino en uno de excepción judicial controlada.

Los resultados también dialogan con la literatura sobre impacto familiar y entorno del paciente. Los antecedentes empíricos muestran que la existencia de protocolos claros y acompañamiento clínico reduce efectos traumáticos posteriores en familiares (Gamondi et al., 2013; Ganzini et al., 2009). Este hallazgo respalda teóricamente la exigencia de protocolización estricta y supervisión institucional como componentes no solo jurídicos, sino también psicosociales de la regulación.

En conjunto, la discusión permite afirmar que existe coherencia entre: a) los marcos teóricos de dignidad y autonomía, b) los antecedentes empíricos internacionales, y c) el desarrollo jurisprudencial comparado y peruano. No se observa respaldo científico relevante a modelos de liberalización irrestricta; por el contrario, la convergencia doctrinal y empírica favorece la tesis de permisibilidad excepcional condicionada. Así, la eutanasia, en la literatura científica especializada, se configura como práctica jurídicamente defendible solo cuando opera bajo criterios acumulativos, control médico independiente y supervisión

institucional estricta, lo que confirma la hipótesis central del estudio.

Los resultados muestran convergencia en entender la muerte digna como derecho derivado y limitado, no como derecho autónomo irrestricto, lo que se alinea con el planteamiento introductorio de que la eutanasia solo puede justificarse en escenarios extremos bajo control estricto (Taboada, 2000; Golijan, 2020). La producción científica sobre el caso peruano confirma que la argumentación judicial se estructuró precisamente sobre la dignidad como fundamento de la excepción concreta, no como habilitación general (Barturen et al., 2024).

La autonomía, expresada mediante consentimiento libre e informado, es condición necesaria para cualquier forma de ayuda médica para morir (Harris, 2003; Meeussen et al., 2011; Mueller et al., 2010). Los tribunales que han abierto espacios de admisibilidad excepcional lo han hecho sobre la base de la libertad personal y el libre desarrollo de la personalidad, siempre en clave de ponderación y no de disponibilidad absoluta de la vida (Horn, 2020; Schuklenk, 2016; Kim, 2021).

La evidencia sobre regímenes permisivos muestra la presencia reiterada de salvaguardas: segunda opinión médica, evaluación de capacidad, protocolos obligatorios y supervisión posterior (Battin et al., 2007; Kouwenhoven et al., 2019; Snijdwind et al., 2015).

La evidencia revisada muestra que la medicina contemporánea ya opera bajo criterios de proporcionalidad para limitar intervenciones desproporcionadas, lo que refuerza la coherencia de extender el análisis proporcional a escenarios de sufrimiento irreversible extremo (Echevarría et al., 2011; Mueller et al., 2010). Esto confirma que la discusión sobre eutanasia no surge aislada, sino dentro de una evolución más amplia de la ética médica (Barturen et al., 2024).

Conclusiones

La delimitación biojurídica estricta de la eutanasia es condición indispensable para cualquier análisis normativo válido. La revisión científica permitió diferenciar con claridad la eutanasia de la sedación paliativa, la limitación del esfuerzo terapéutico y el rechazo de tratamiento, estableciendo que el elemento definitorio es la intervención directa destinada a causar la muerte a solicitud expresa del paciente en contexto de sufrimiento grave e irreversible. Esta precisión conceptual evita confusiones regulatorias y confirma que el debate jurídico no puede construirse sobre categorías clínicas indeterminadas, sino sobre tipologías bioéticas verificables (Echevarría et al., 2011; Taboada, 2000).

Los sistemas comparados que admiten la eutanasia o la ayuda médica para morir lo hacen bajo esquemas de excepción regulada, con salvaguardas acumulativas, control médico

independiente y supervisión institucional. La convergencia empírica y normativa en Países Bajos, Bélgica, España, Canadá y Colombia confirma que la tendencia dominante es la permisibilidad condicionada y protocolizada, no la liberalización abierta (Battin et al., 2007; Kouwenhoven et al., 2019; Smets et al., 2011).

La eutanasia puede ser compatible con el Estado constitucional de derecho cuando se fundamenta en la dignidad humana, la autonomía verificada y la libertad personal, ponderadas con el deber de protección de la vida y el principio de protección de la persona vulnerable. La ponderación de principios muestra que la prohibición penal absoluta resulta desproporcionada en supuestos clínicos extremos debidamente acreditados, siempre que existan controles estrictos y evaluación de capacidad decisoria (Harris, 2003; Horn, 2020).

El análisis del caso peruano de Ana Estrada permite concluir que no se configura una legalización general de la eutanasia, sino un esquema de excepción judicial protocolizada, basado en inaplicación penal concreta y obligación de desarrollo de protocolos sanitarios. Este resultado se alinea con la doctrina científica especializada que caracteriza el precedente como reconocimiento de la muerte digna como derecho derivado y condicionado, no como derecho absoluto (Barturen et al., 2024).

De la integración de las tres fases analíticas se derivan como criterios estructurales de admisibilidad —coherentes con el objetivo general— los siguientes parámetros acumulativos: enfermedad grave e irreversible certificada, sufrimiento intolerable documentado, solicitud libre e informada reiterada, evaluación de capacidad, segunda opinión médica independiente, protocolo clínico obligatorio y supervisión institucional. La presencia conjunta de estos requisitos constituye el umbral mínimo de legitimidad jurídica y bioética identificado en la literatura científica.

La eutanasia, entendida como intervención médica directa a solicitud del paciente en condiciones clínicas extremas, puede configurarse jurídicamente como manifestación excepcional de la dignidad en la muerte, siempre que opere dentro de un modelo de permisibilidad estrictamente condicionada, con controles reforzados y trazabilidad institucional.

Recomendaciones

Al Congreso de la República, se recomienda promover una regulación específica de la eutanasia como supuesto excepcional, evitando que el acceso dependa únicamente de litigios individuales. La norma debería incorporar un modelo de permisibilidad condicionada con criterios acumulativos (enfermedad grave e irreversible, sufrimiento intolerable, solicitud libre e informada,

evaluación de capacidad, segunda opinión y control institucional).

Al Ministerio de Salud que elabore un protocolo nacional estandarizado para la atención de solicitudes de ayuda médica para morir en supuestos excepcionales, con procedimientos claros, trazabilidad documental y mecanismos de reporte.

A los establecimientos de salud, implementar comités clínico-bioéticos interdisciplinarios (medicina, psiquiatría/psicología, trabajo social y bioética) que evalúen: diagnóstico, irreversibilidad, sufrimiento refractario, alternativas terapéuticas y capacidad decisoria.

A la Defensoría del Pueblo articular lineamientos de supervisión con enfoque de protección de personas vulnerables, garantizando que no exista coerción familiar o institucional y que la decisión sea autónoma y sostenida.

Al Poder Judicial, establecer criterios de ponderación y motivación entre dignidad, autonomía, integridad y protección de la vida, con motivación reforzada y control de proporcionalidad.

A los colegios profesionales y comités de ética, a establecer guías deontológicas claras que delimiten con precisión eutanasia, sedación paliativa y retiro de tratamiento, evitando confusiones que impacten en responsabilidad profesional.

A la política pública de cuidados paliativos (no sustitución). Se recomienda reforzar cobertura de cuidados paliativos para evitar que la eutanasia sea vista como sustituto de atención integral.

A la transparencia y rendición de cuentas (registro y evaluación anual). Se recomienda establecer un registro reservado y auditado de procedimientos autorizados, con evaluación anual de cumplimiento de requisitos y reportes agregados no identificables

Referencias

- Akhtyrskaya, N., & Grodetskiy, Y. (2021). The right to life from the point of view of personal autonomy in decision-making on euthanasia. *Wiadomosci Lekarskie*, 74(12), 3108–3112.
- Barturen, E. M., Quezada Castro, M. P., Castro Arellano, M. P., & Quezada Castro, G. A. (2024). La regulación de la eutanasia y el derecho a la muerte con dignidad en el Perú a propósito del caso de Ana Estrada. *Revista de Bioética y Derecho*, 61, 125–138. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1344/rbd2024.61.42528>
- Battin, M. P., Van der Heide, A., Ganzini, L., Van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups. *Journal of Medical Ethics*, 33(10), 591–597. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022335>
- Bulmer, M., Böhnke, J., & Lewis, G. (2017). Predicting moral sentiment toward assisted suicide. *Personality and Individual Differences*, 105, 244–248. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.042>
- Buriticá-Arango, E. (2023). Eutanasia, suicidio asistido y derechos humanos: Estudio de

- jurisprudencia comparada. *Revista Derecho PUCP*, 90, 231–260. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.18800/derechopucp.202301.009>
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., Van der Wal, G., & Deliens, L. (2006). Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries. *European Journal of Public Health*, 16(6), 663–669. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl042>
- Código Penal de la República del Perú. (1991). Código Penal. Decreto Legislativo N.º 635. Diario Oficial El Peruano. Documento en línea. Disponible <https://spij.minjus.gob.pe/>
- Dopelt, K., Bachner, Y. G., Urkin, J., Yahav, Z., Davidovitch, N., & Barach, P. (2022). Perceptions of Practicing Physicians and Members of the Public on the Attributes of a “Good Doctor”. *Healthcare*, 10(1), 73. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.3390/healthcare10010073>
- Echevarría, C. B., Goic, A., Herrera, C., Quintana, C., Rojas, A., Salinas, R., Serrani, A., Taboada, P., & Vacarezza, R. (2011). Euthanasia and medical act. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 642–654. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500012>
- Fortuin, N., Schilderman, J., & Venbrux, E. (2020). Religion and euthanasia attitudes. *Mortality*, 25(3), 301–317. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1080/13576275.2019.1585786>
- Gamondi, C., Pott, M., & Payne, S. (2013). Families’ experiences with assisted suicide. *Annals of Oncology*, 24(9), 2294–2298. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt247>
- Ganzini, L., Goy, E. R., & Dobscha, S. K. (2009). Oregonians’ reasons for requesting physician aid in dying. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(3), 355–365. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.09.015>
- Golijan, I. D. (2020). Ethical and legal aspects of the right to die with dignity. *Filozofija i Društvo*, 31(3), 420–439. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.2298/FID2003420G>
- Government of Canada. (2024). Medical Assistance in Dying (MAID). Government of Canada. Documento en línea. Disponible <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>
- Harris, J. (2003). Consent and end-of-life decisions. *Journal of Medical Ethics*, 29(1), 10–15. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1136/jme.29.1.10>
- Horn, R. (2020). The right to a self-determined death. *Journal of Medical Ethics*, 46(7), 416–417. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105875>
- Jansen-van der Weide, M., Onwuteaka-Philipsen, B., & Van der Wal, G. (2005). Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*, 165(15), 1698–1704. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1001/archinte.165.15.1698>
- Kim, S. Y. H. (2021). Ways of debating assisted suicide. *Perspectives in Biology and Medicine*, 64(1), 29–43. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1353/pbm.2021.0003>
- Kouwenhoven, P. S. C., Van Thiel, G., Van der Heide, A., Rietjens, J., & Van Delden, J. (2019). Developments in euthanasia practice in the Netherlands. *European Journal of General Practice*, 25(1), 44–48. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1555134>
- Meeussen, K., Van den Block, L., Bossuyt, N., Echteld, M., Bilsen, J., & Deliens, L. (2011). Dealing with requests for euthanasia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1060–

1072. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.012>
- Mueller, P. S., Swetz, K. M., Freeman, M. R., Carter, K. A., & Crowley, M. E. (2010). Ethical analysis of withdrawing ventricular assist device support. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(9), 791–797. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0111>
- Ost, S. (2010). The de-medicalisation of assisted dying. *Medical Law Review*, 18(4), 497–540. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwq024>
- Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: The illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 18(2), e38–e45. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.3747/co.v18i2.883>
- Rinie Steinmann, A. (2016). Core meaning of human dignity. *Potchefstroom Electronic Law Journal*, 19. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.17159/1727-3781/2016/v19i0a1240>
- Russell, C. (2019). Dignity at the end of life. *Studies in Christian Ethics*, 32(3), 355–368. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1177/0953946819846041>
- Schuklenk, U. (2016). Canada on course to introduce permissive assisted dying regime. *Journal of Medical Ethics*, 42(8), 490–492. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103576>
- Smets, T., Cohen, J., Bilsen, J., Van Wesemael, Y., Rurup, M., & Deliens, L. (2011). Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 580–593. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.017>
- Snijderswind, M., Willems, D., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B., & Chambaere, K. (2015). A study of the first year of the End-of-Life Clinic for physician-assisted dying in the Netherlands. *JAMA Internal Medicine*, 175(10), 1633–1640. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3978>
- Taboada, P. (2000). El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioethica*, 6(1), 89–101. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>
- Tomás-Valiente Lanuza, C. (2021). La regulación de la eutanasia en España. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 122, 13–44.
- Van Wesemael, Y., Cohen, J., Onwuteaka-Philipsen, B., Bilsen, J., & Deliens, L. (2011). Process and outcomes of euthanasia requests. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 721–733. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.011>
- Vilpert, S., Borrat-Besson, C., Borasio, G. D., & Maurer, J. (2020). Assisted suicide in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 150, w20303. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20303>
- Wagner, B., Müller, J., & Maercker, A. (2012). Death by request in Switzerland. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 485–492. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1177/0020764011409628>
- Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2014). Physician acceptance near death. *Pain and Therapy*, 3(1), 1–12. Documento en línea. Disponible <https://doi.org/10.1007/s40122-014-0023-9>