

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**



**ANÁLISIS JURÍDICO FILOSÓFICO DE LA EUTANASIA
COMO UN DERECHO HUMANO**

JOSUÉ OTTONIEL BARRERA PAZ

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2010.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**ANÁLISIS JURÍDICO FILOSÓFICO DE LA EUTANASIA
COMO UN DERECHO HUMANO**

TESIS:

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

por:

JOSUÉ OTTONIEL BARRERA PAZ

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADO Y NOTARIO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2010

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: Lic. Bonerge Amilcar Mejía Orellana
VOCAL I: Lic. César Landelino Franco López
VOCAL II: Lic. Gustavo Bonilla
VOCAL III: Lic. Luis Fernando López Díaz
VOCAL IV: Br. Mario Estuardo León Alegría
VOCAL V: Br. Luis Gustavo Ciraiz Estrada
SECRETARIO: Lic. Avidán Ortiz Orellana

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera Fase:

Presidente: Lic. Rodolfo Giovani Celis López
Vocal: Lic. Nicolás Cuxil Guitz
Secretario: Lic. Jorge Mario Monzón Chávez

Segunda Fase:

Presidente: Lic. Ricardo Alvarado Sandoval
Vocal: Lic. Víctor Manuel Hernández Salguero
Secretario: Lic. Manuel Vicente Roca Menéndez

RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis”. (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público)

Licenciado Arsenio Locón Rivera
Abogado y Notario
6ª Avenida 0-60 Z.4 Of. 401
Torre II, Centro Comercial Zona 4, Guatemala
TELEFONO - 23352121



Guatemala, 13 de octubre de 2009

LICENCIADO
CARLOS MANUEL CASTRO MONROY
JEFE DE LA UNIDAD DE TESIS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES



Licenciado Castro Monroy:

En cumplimiento del nombramiento emitido por esa jefatura el día once de junio del año dos mil nueve, procedí a asesorar el trabajo de tesis del bachiller JOSUÉ OTTONIEL BARRERA PAZ, carné 200213276, cuyo título es **“ANÁLISIS JURÍDICO FILOSÓFICO DE LA EUTANASIA COMO UN DERECHO HUMANO”**.

Con el bachiller JOSUÉ OTTONIEL BARRERA PAZ, sostuvimos varias sesiones de trabajo durante las cuales fue sugerida la bibliografía que en el desarrollo de la investigación se considera la más adecuada al tema, habiéndose consultado textos doctrinarios de autores extranjeros y nacionales que refieren en forma precisa a la temática contenida en la investigación realizada, sugerencias que fueron aceptadas por el bachiller y aplicadas al trabajo de investigación señalado. En concordancia al plan de investigación con base al cual se desarrolló el presente trabajo de tesis, se comprobó suficientemente la hipótesis planteada.

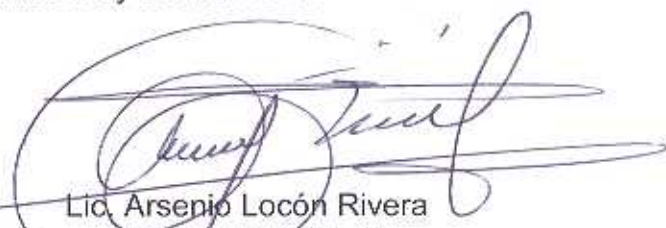
En definitiva el contenido del trabajo de tesis, se ajusta a los requerimientos científicos y técnicos que se deben de cumplir de conformidad con la normativa respectiva, es por ello que al haberse cumplido con los requisitos establecidos en el artículo 32 del normativo para la elaboración de tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales, y del Examen General Público estimo que el mismo se realizó en forma acertada y diligente, siendo un aporte de suma importancia a la ciencia del derecho. Además puedo afirmar que la metodología y técnicas de investigación que han sido utilizadas son las correctas, ya que se ha visto en el resultado de la investigación el adecuado desempeño y utilización de estas. Es importante resaltar que la redacción en el trabajo de investigación ha sido empleada de manera correcta, ya que cumple con las reglas del idioma y de estilo.

Estimo que además en el contenido del trabajo de investigación se ha legado a conclusiones de carácter general que pueden resumir la importancia del tema desarrollado y que en base a ellas se pudieron hacer recomendaciones que pueden ser útiles al momento de abordar el tema de la eutanasia, ya que en el ámbito jurídico nacional existen insuficientes insumos para tratar este tema, por lo que el aporte que se realizó por medio de este trabajo de investigación puede servir a profesionales, familiares y enfermos cuando sea necesario; para ello en el trabajo de investigación realizado se aportaron recomendaciones precisas para realizar modificaciones al ordenamiento penal vigente que permitan aplicar la eutanasia pasiva sin responsabilidad del médico tratante, con respeto a los derechos humanos del enfermo terminal y garantizando que se administren los tratamientos paliativos necesarios para evitar el dolor y sufrimiento, así como para el acompañamiento familiar, psicológico y espiritual necesario.

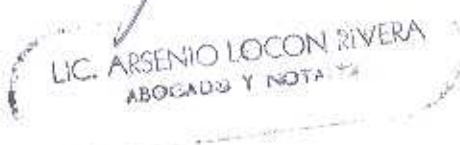
Para concluir el contenido del presente trabajo de tesis abarca las etapas del conocimiento científico, es de actualidad, de utilidad y constituye un aporte indiscutible para la academia y para la sociedad, por tratarse de un problema social que afecta a intereses colectivos.

Por lo anterior resulta procedente aprobar el trabajo de tesis asesorado, razón por la cual doy mi **DICTAMEN EN SENTIDO FAVORABLE**, debiendo en consecuencia nombrar al revisor de tesis a efecto que el presente trabajo sea aprobado y discutido posteriormente en el examen público correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo muy atentamente.



Lic. Arsenio Locón Rivera
Abogado y Notario
Colegiado No. 3676



LIC. ARSENILO CON RIVERA
ABOGADO Y NOTARIO



UNIDAD ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, treinta de octubre de dos mil nueve.

Atentamente, pase al (a la) LICENCIADO (A) YOLANDA GOMEZ VASQUEZ, para que proceda a revisar el trabajo de tesis del (de la) estudiante JOSUE OTTONIEL BARRERA PAZ, Intitulado: "ANÁLISIS JURÍDICO FILOSÓFICO DE LA EUTANASIA COMO UN DERECHO HUMANO".

Me permito hacer de su conocimiento que está facultado (a) para realizar las modificaciones de forma y fondo que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título de trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente debe hacer constar el contenido del Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, el cual dice: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones que estimen pertinentes".


LIC. CARLOS MANUEL CASTRO MONROY
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS



cc.Unidad de Tesis
CMCM/nmr.

Licenciada Yolanda Gómez Vásquez
Abogada y Notaria
12 Av. 17-35 Zona 12, Colonia Reformita, Ciudad.
Tel. 24731122-52058358

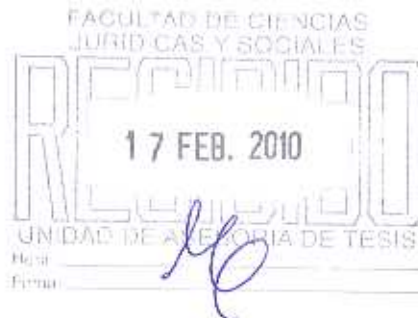


Guatemala, 08 de febrero de 2010.

Licenciado

Marco Tulio Castillo Lutín

Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Su despacho.



Licenciado Castillo Lutín:

De manera atenta y respetuosa me permito comunicarle que atendiendo a la providencia emitida por la unidad a su cargo, con fecha treinta de octubre de dos mil nueve, he cumplido con la función de revisora de tesis del bachiller: Josué Ottoniel Barrera Paz cuyo trabajo intitula **“ANÁLISIS JURÍDICO FILOSÓFICO DE LA EUTANASIA COMO UN DERECHO HUMANO”**. Para lo cual, me permito emitir el siguiente dictamen:

He realizado la revisión de la investigación y en su oportunidad sugerí cambios de fondo y forma, entre ellos algunas correcciones de tipo gramatical y de redacción, mismas que consideré oportunas, para una mejor comprensión del tema abordado por el bachiller Josué Ottoniel Barrera Paz. La redacción utilizada es clara, concisa, comprensible y en la misma se utilizó un léxico jurídico apropiado, para que toda aquella persona que lea este trabajo de tesis, entienda de lo que trata el mismo, lo que hace su obra original y de un gran valor jurídico, filosófico y moral.

En relación al contenido científico y técnico del presente trabajo de tesis, la misma abarca las etapas del conocimiento científico, el planteamiento del problema jurídico-filosófico es de actualidad y éste constituye un aporte indiscutible para los juristas,



médicos, iglesias y principalmente para las personas que padezcan enfermedades terminales y sus familiares, por tratarse de un problema que afecta no sólo intereses individuales, sino que también afecta intereses colectivos, puesto que el Estado garantiza la vida de las personas pero también su integridad y su dignidad.

El estudiante Josué Ottoniel Barrera Paz, para el desarrollo del trabajo en mención utilizó la metodología y técnicas de investigación siguientes: Método inductivo, deductivo, sintético, analítico y comparativo. Es de mencionar que la bibliografía consultada fue de autores nacionales y extranjeros.

Las conclusiones y recomendaciones a que arriba el bachiller, son congruentes con el contenido de la investigación de mérito, para lograr el objetivo que se ha planteado en su plan de trabajo, determinando la veracidad de la hipótesis formulada; asimismo, y como ya se mencionó la bibliografía utilizada es acertada y actualizada; por lo tanto, es procedente que el presente trabajo de tesis sea aprobado y por consiguiente pueda ser sometido a su discusión, en el examen público de tesis. En virtud de lo anterior, y habiéndose cumplido con lo requisitos establecidos en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE.

YOLANDA GOMEZ VASQUEZ
ABOGADO Y NOTARIO

Deferentemente

LICDA. YOLANDA GÓMEZ VÁSQUEZ
ABOGADA Y NOTARIA
COLEGIADO No. 5054

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURÍDICAS Y SOCIALES

Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, C. A.



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES.

Guatemala, once de octubre del año dos mil diez.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la Impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante JOSUE OTTONIEL BARRERA PAZ, Titulado ANÁLISIS JURÍDICO FILOSÓFICO DE LA EUTANASIA COMO UN DERECHO HUMANO. Artículos 31, 33 y 34 del Normativo para la elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.-

MTCL/sllh



DEDICATORIA

- A DIOS:** Por sus múltiples bendiciones, fuerzas y sabiduría que día a día me da y por las personas que ha puesto en mi camino; a través de las cuales me demostró que siempre está a mi lado.
- A MI PADRE:** Tráncito Barrera y Barrera (Q.E.P.D.)
Como un tributo a su memoria, por ser el mejor padre y mi ejemplo a seguir.
- A MI MADRE:** Aura Herlinda Paz Montoya, por todo su amor, apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado. Dios la bendiga.
- A MI HERMANA:** Karla Yadira Barrera Paz, por su apoyo, consejos y cariño.
- A MIS TÍAS Y TÍOS:** Berta, María, Isabel, Virgilia, José Maria, Oralia, a cada uno, gracias por estar a mi lado y porque de una u otra forma estuvieron siempre apoyándome dándome fuerzas para continuar. Dios derrame bendiciones en sus vidas todos los días.
- A MI PATRIA:** Porque es un orgullo ser parte de ella.
- A LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Especialmente a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, con mucho agradecimiento, por formarme académicamente y hacer de mí un profesional del derecho.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	i

CAPÍTULO I

1. Antecedentes históricos de la eutanasia.....	1
1.1. Etimología de la eutanasia.....	1
1.2. Principios éticos en la práctica de los cuidados Paliativos.....	5
1.2.1 Principio de solidaridad.....	5
1.2.2 Principio de no maleficencia.....	6
1.2.3 Principio de justicia.....	6
1.2.4 Principio de autonomía.....	7
1.2.5 Principio de beneficencia.....	8
1.3. Métodos Físicos.....	9
1.3.1. Contusión.....	9
1.3.2. Dislocación Cervical.....	9
1.3.3. Decapitación.....	10
1.3.4. Irradiación con microondas.....	10
1.4. Métodos químicos.....	10
1.4.1 Agentes Inhalatorios.....	11
1.4.2 Dióxido de carbono	11
1.4.3 Monóxido de carbono.....	11
1.4.4 Anestésicos inhalatorios volátiles.....	12

	pág
1.5. Agentes Inyectables.....	12
1.6. La eutanasia en el siglo XX.....	13
1.7. La eugenesia contemporánea.....	16
1.8. Antecedentes en la cultura griega.....	18
1.9. Antecedentes en la cultura romana.....	22
1.10 La eutanasia en los pueblos asiáticos.....	24
1.11 La eutanasia en la edad media.....	26
1.12 La eutanasia en la era moderna	28
1.13 Casos relevantes de eutanasia en la edad moderna.....	31

CAPÍTULO II

2. Doctrinas a favor y en contra de la eutanasia.....	41
2.1. Argumentos a favor de la eutanasia.....	41
2.2. Argumentos en contra de la eutanasia.....	44
2.3. Doctrina de la iglesia católica.....	45
2.4. Puntos de referencia de la iglesia protestante.....	48
2.5. Postura científica.....	50
2.5.1. Argumentos médicos.....	50
2.5.2. Ciencias sociales.....	59
2.5.3. Consideraciones sobre	
Derechos Humanos y eutanasia.....	61

CAPÍTULO III

Pág

3.	Legislación nacional e internacional relacionada a la eutanasia.....	63
3.1.	Legislación nacional.....	63
3.1.1.	Constitución Política de la República de Guatemala.....	63
3.1.2.	Derecho penal guatemalteco.....	64
3.2.	Legislación internacional.....	66
3.2.1.	El derecho a la vida en tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos.....	66
3.2.2.	El derecho a la dignidad en tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos.....	68
3.2.3.	El derecho a la libertad en convenios internacionales de derechos humanos	69
3.2.4.	Aplicación del derecho internacional en relación a la eutanasia.....	71

CAPÍTULO IV

4.	La eutanasia y el derecho comparado.....	79
4.1.	Legislación centroamericana.....	79
4.2.	Legislación sudamericana.....	79
4.3.	Legislación norteamericana y derecho sajón.....	79
4.4.	Legislación europea.....	82
4.1.1	Europa central y europa del norte.....	82

4.2.2 Países bajos.....	85
4.2.3 Estados Unidos (Oregón).....	91
4.5 Diferentes propuestas de aplicación de la eutanasia en la legislación guatemalteca con base en tratados y convenios en materia de derechos humanos.....	79 92
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	99
ANEXOS.....	101
ANEXO A.....	103
ANEXO B.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	113

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se pretende estudiar la eutanasia desde el punto de vista jurídico, principalmente; pero también con un enfoque de los derechos humanos, ya que se trata de un tema que por su sensibilidad despierta las más encontradas opiniones. Sin embargo, es un tema que debe ser abordado constantemente por todas las ciencias, ya que corresponde a pacientes desahuciados que se encuentran en procesos de dolor y sufrimiento, así como a sus familias.

El objetivo de esta investigación es encontrar alternativas dentro del ordenamiento jurídico nacional, para que sea posible aplicar tratados y convenios internacionales en protección de los derechos a la salud, la vida y la dignidad, en armonía con la constitución y leyes ordinarias.

En el plan de investigación se planteó como hipótesis de trabajo que la eutanasia pasiva es el derecho que corresponde a los enfermos terminales, de que se suspenda el tratamiento médico y de esta forma pueda acceder a una muerte con menor dolor y sufrimiento, por lo que el Estado debe garantizar al enfermo todos los cuidados paliativos que le permitan enfrentarse a la muerte, acompañando de la familia y con apoyo psicológico y espiritual.

El problema afrontado es, por un lado, la responsabilidad penal del médico que suspende los tratamientos de subsistencia del paciente y se dedica exclusivamente a aliviar los dolores de la enfermedad, y por otro el problema jurídico y moral que sustenta la controversia entre si es correcto suspender los tratamientos que sostienen la vida de una persona o si debe invertirse todos los esfuerzos posibles en tratar de salvar la vida del paciente aunque este haya sido desahuciado.

La investigación se estructuró de la siguiente forma: en el capítulo uno se estudiaron los antecedentes históricos de la eutanasia; en el capítulo dos, se profundizó en las doctrinas a favor y en contra de la eutanasia; en el capítulo tres se expuso la legislación nacional e internacional que regula la eutanasia, en el capítulo cuatro se realizó un estudio de derecho comparado y en el capítulo cinco se realizaron las propuestas para la aplicación de tratados y convenios internacionales en el ordenamiento jurídico vigente.

Las técnicas empleadas fueron: a) derecho comparado, con los cuales se obtuvo cuadros o tablas comparativas que permiten contrastar la legislación nacional con la de otros países; b) investigación documental con la que se logró un acercamiento histórico al problema y posteriormente se estudió las diferentes corrientes de pensamiento en la actualidad, c) se utilizaron tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos relacionados con la eutanasia dentro del marco constitucional y el ordenamiento jurídico nacional.

CAPÍTULO I

1. Antecedentes históricos de la eutanasia

En este capítulo se pretende entender la eutanasia desde sus orígenes históricos, empezando por el origen de la palabra y posteriormente cómo ha sido afrontada la muerte inducida a un paciente en diferentes culturas; con ello se pretende crear un marco histórico que permita conocer la aplicación del concepto en diferentes culturas del planeta, por ello se optó primero por estudiar el tema en Grecia y Roma que son dos grandes referentes de la cultura occidental y después en Asia incluyendo cultura hindú, Asia occidental y países del lejano oriente como China y Japón.

Además de hacer una aproximación a la eutanasia de forma geográfica, también se propuso su estudio a través del tiempo como en la edad media con la influencia del cristianismo y pensadores como Sir Tomas Moor en su obra Utopía y la edad moderna que es marcada por la república y los Estados de derecho y que por su vigencia requiere de un estudio especial. Para finalizar se decidió un apartado denominado pensadores que influyeron en la evolución del concepto y en este sub título se incluirán todos aquellos pensadores que no estén incluidos en la clasificación anterior pero que aporten a comprender la eutanasia en el mundo, entre ellos, por ejemplo, estaría los renacentistas; iluministas, postmodernistas y culturas nativas americanas o africanas.

1.1 Etimología de la eutanasia

El origen de la palabra proviene del griego: Eu (bien) y Thnatos (muerte) cuyo significado

literal es buena muerte encontrándose en el diccionario etimológico otras posibilidades como: muerte apacible, muerte sin sufrimiento o donde se toma una conducta con el fin de lograr la muerte para evitar que continúe el sufrimiento, por piedad, sin intereses mezquinos o económicos¹.

Según el diccionario de la Real Academia Española, la eutanasia es: acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él o muerte sin sufrimiento físico.

Existen varios tipos de eutanasia, los más conocidos son la activa y pasiva pero hay autores que hacen referencia a la “eutanasia natural”, que es la muerte natural y sin dolor alguno, o bien, tan rápida que la persona no alcanza a tener conciencia de su muerte como ataque cardíaco, por ejemplo. En seguida, tenemos a la “Eutanasia pasiva”, la cual consiste en suspender tratamientos dolorosos que prolongan la vida del enfermo terminal así como su agonía sin ayudar a su recuperación².

Por otro lado, existe la eutanasia activa consistente en la intervención externa con el fin de inducir la muerte de un enfermo en fase terminal, como puede ser la inyección letal.

Otros autores clasifican a la eutanasia de la siguiente manera:

- a) Agónica: Implica provocar la muerte de un enfermo ya desahuciado.
- b) Suicida: Aplicada por el propio individuo, a veces cooperan otras personas ante la súplica del enfermo.

¹ Varios autores. **Diccionario enciclopédico ilustrado océano uno**, Pág. 150

² Rodríguez Estrada, Mauro. **La controversia de las eutanasias**, Pág. 26

c) Homicida: Un sujeto se la aplica a otro. Puede ser de dos tipos:

1. Homicidio piadoso: Cortar la vida de un semejante para librarlo de una enfermedad terrible, una deformación física o una vejez angustiosa.

2. Económico o social: Eliminar vidas humanas consideradas como una carga social (aplicada en regímenes fascistas).

d) Positiva: Se provoca la muerte de un individuo mediante la administración de fármacos.

e) Negativa: Consigue su fin omitiendo cualquier tipo de ayuda médica al enfermo. Se llama también ortotanasia o muerte normal.

Existen otros conceptos afines a la eutanasia que resultan útiles para ilustrar su contexto:

a) Distanasia: Consiste en omitir los medios considerados extraordinarios, que sólo sirven para prolongar artificialmente la vida de un individuo con un proceso patológico irreversible: no es propiamente eutanasia porque:

1) Está ausente la acción positiva de matar; y

2) También está ausente la existencia o la posibilidad de vida natural.

b) Lenitiva: Consiste en aliviar o suprimir el dolor físico de una enfermedad mortal por fármacos o medios que tienen el efecto secundario de acortar la vida. Siempre que se busque el efecto principal o primario de aliviar el dolor es, no sólo aceptable, sino incluso aconsejable y necesario, porque, además de aliviar el dolor, puede aliviar males peores como la desesperación o la enajenación mental. Siempre debe procurarse no impedir al

enfermo que pueda actuar.

1.- Muerte que se da a otro: Es una consecuencia inevitable para el ser humano, y esa consecuencia deriva del bien jurídico tutelado llamado vida. La palabra muerte proviene del latín “mors”, entendiéndose como la supresión de la vida, suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales, ciclo evolutivo, el ciclo final de un ser humano.

2.- Enfermedad incurable: La palabra incurable significa que no se puede curar o no se puede sanar. El concepto de enfermedad incurable ha sufrido demasiadas variaciones a lo largo de la historia médica, de acuerdo con la eficacia de los agentes terapéuticos de que se disponía en cada época. Quizá el mayor cambio en el pronóstico de este tipo de enfermedades se haya logrado en los últimos años, con la terapéutica eficaz contra ellos.

3.- Agonía larga y dolorosa: Es el periodo más o menos prolongado que precede a la muerte real, a la muerte que sobreviene lentamente (Guillermo Uribe Cuella). En un sentido médico es el estado que precede a la muerte en las enfermedades que en la vida se extinguen gradualmente.

4.- Misericordia, piedad o compasión: Dolor: Es la sensación más o menos localizada de malestar, pesadumbre o ansiedad, consecuencia de terminales nerviosas especializadas. El dolor es casi siempre un indicio de un proceso patológico desarrollado en alguna parte del organismo. Piedad: Es el sentimiento altruista fundamental de la especie humana que produciéndonos compasión, lástima o misericordia, ante el dolor o mal ajenos, representándonoslo como propio, nos lleva a darle alivio en lo que depende de nuestra

acción y fuerzas”³.

Principios éticos en la práctica de los cuidados paliativos

Una vez que se ha propuesto una forma de abordaje ético de la situación de enfermedad terminal a través de los Cuidados Paliativos como práctica operativa de la ortotanasia, resultará de ayuda contar con una guía de actuación basada en principios éticos que oriente la toma de decisiones clínicas.

Para el análisis ético de la praxis de los Cuidados Paliativos propongo la consideración de cinco principios éticos básicos: solidaridad, no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

1.2.1 Principio de solidaridad

La solidaridad con el enfermo en situación terminal y con su familia implica el acompañamiento y aplicación de los recursos asistenciales adecuados al proceso del morir.

Ya que nadie puede vivir sólo su propia vida, nadie puede afrontar en soledad su propia muerte. Solo, es decir, sin una ayuda esencial de los demás.ⁱ

La solidaridad implica un no al abandono, el desinterés, el olvido. Un sí a la cercanía, al calor humano, a la prestación de unos cuidados de calidad. Implica también el alivio del sufrimiento social.

³ Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, **posibilidad de la eutanasia en México**. Pág. 21.

1.2.2 Principio de no maleficencia

La no maleficencia surge de la ética hipocrática con el conocido principio de “Primum non nocere”. No hacer daño al ser humano que sufre es la exigencia previa de toda ayuda o de toda intervención que posea un carácter asistencial.

Ejercer los Cuidados Paliativos sin hacer daño, implica en primer lugar comprobar un diagnóstico correcto de terminalidad. Además, habrá que valorar si se va a dar futilidad objetiva, detectando medidas sin evidencia científica demostrada o que no logran los objetivos deseados.

También habrá que evaluar la autenticidad de situaciones de solicitud de eutanasia o de suicidio asistido.

1.2.3 Principio de justicia

La justicia puede interpretarse desde diversas perspectivas.

En este caso nos fijaremos en su dimensión de equidad que nos exige ofrecer a los mismos casos las mismas soluciones.

Este principio de justicia, implica en primer término comprobar que el nivel de calidad del dispositivo asistencial que se ofrece garantiza los derechos del enfermo terminal y su familia sin discriminación.

Para ello será necesario comprobar que existe adecuación en:

- La estructura, es decir, en cuanto a los dispositivos asistenciales y a la capacidad de los profesionales.
- El proceso, por la corrección de protocolos asistenciales.
- Los resultados de la fase terminal y el logro de una muerte apropiada.

Aplicar el principio de justicia también incluye evaluar la posibilidad de futilidad social.

1.2.4 Principio de autonomía

El respeto por las personas exige incorporar a la práctica clínica al menos dos convicciones éticas: la primera es que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos y la segunda es que las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección.

Una forma de respetar la autonomía es promover en la práctica la participación del propio enfermo y de su familia en la toma de decisiones, lo que implica:

- Informar comprensiblemente al enfermo y a la familia.
- Garantizar la voluntariedad en la aceptación del tratamiento mediante el uso del consentimiento informado respetando el derecho a rechazar un tratamiento.

- Proteger a los menores o incapaces que no lleguen al grado de competencia necesario para tomar por sí mismos una determinada decisión, lo que supone el respeto a las decisiones subsidiarias de los padres.

1.2.5 Principio de beneficencia

Ejercer la beneficencia exige no causar ningún daño. Maximizar los beneficios posibles y minimizar los posibles daños.

En la práctica de los cuidados paliativos la beneficencia implica aplicar un plan de atención integral, comprobar proporcionalidad de medios diagnósticos o terapéuticos en un ámbito integral-multidisciplinar, realizar un análisis objetivo de la relación beneficios/riesgos, incorporar a la toma de decisiones la futilidad subjetiva y la futilidad social.

Además, implica la correcta utilización del principio del doble efecto y disponer y aplicar un protocolo éticamente correcto de sedación final.

-Métodos de eutanasia

Los agentes pueden causar la muerte por tres mecanismos básicos:

(1) hipoxia, directa o indirecta.

(2) depresión directa de las neuronas esenciales para las funciones vitales.

(3) interrupción física de la actividad cerebral y destrucción de neuronas esenciales para la vida.

1.3 Métodos físicos

Producen inmediata pérdida de la conciencia por trauma físico del cerebro. Necesitan experiencia del operador, bien realizados son rápidos seguros y posiblemente los que producen menos angustia. También necesitan inmovilización lo cual puede dar estrés adicional.

Pueden ser estéticamente los menos agradables pero bien realizados y con experiencia son muy buenos métodos.

1.3.1 Contusión

En animales pequeños, perros y gatos recién nacidos, conejos pequeños, roedores, anfibios reptiles y peces, por golpe certero en la cabeza con martillos u objetos diseñados para tal fin. Es esencial la experiencia y entrenamiento. Va seguido de la inmediata exanguinación o sangría a blanco.

1.3.2 Dislocación cervical

Realizado correctamente causa graves daños del talo cerebral e inconsciencia

instantánea. Se puede confirmar la muerte por exanguinación o destrucción del cerebro.

Puede ser estéticamente desagradable, pero bien realizado es seguro y rápido.

1.3.3 Decapitación

Separación del cuello muy cerca de la cabeza utilizando un instrumento afilado. Debería realizarse con guillotinas especialmente diseñadas para cada especie. Se sugiere sedar o anestésiar previamente al animal. En animales de sangre fría deben ser aturdidos o insensibilizados previamente ya que toleran más la anoxia. Esta bastante discutida su rápida acción.

1.3.4 Irradiación con microondas

Método usado en neurobiología como medio para fijar los metabolitos del cerebro, sin que pierda su integridad anatómica. Solo pueden utilizarse aparatos especialmente diseñados para tal fin. Esto implica enfocar con precisión el rayo de microondas a una parte específica del cerebro. Solo se realiza en animales pequeños, y requiere la pericia del operador.

1.4 Métodos químicos

Muchos anestésicos se utilizan en sobredosis como agentes eutanásicos.

1.4.1 Agentes inhalatorios

Vaporizados o conducidos como gas hasta cámaras o circuitos anestésicos. Las cámaras deben estar especialmente diseñadas para una distribución uniforme del gas y una rápida exposición de los animales al mismo. Muy utilizados en pequeños animales.

Los conejos reaccionan en forma adversa a los gases por lo que se prefieren otros métodos. Tampoco se utilizan en anfibios y reptiles porque pueden aguantar la respiración. No deben ser agentes irritantes, ni desagradables a la inhalación.

1.4.2 Dióxido de carbono

A concentraciones mayores a 60 % actúa como anestésico y produce rápidamente la pérdida de la conciencia. Es muy eficaz y humanitario en la mayoría de los animales pequeños utilizándolo por encima del 70 % de concentración. Al estimular el centro respiratorio, puede causar ansiedad y estrés y resultar desagradable para el espectador.

Sin embargo pierden rápidamente la conciencia por su efecto narcótico.

No se debe utilizar para gatos ni animales mayores. El CO₂ es más pesado que el aire debe ingresar por la parte inferior de la cámara. No es inflamable ni explosivo.

1.4.3 Monóxido de carbono

Produce una muerte rápida, y como no tiene olor la angustia es mínima, utilizado en pequeñas especies y no recomendado en perros y gatos. Solo está recomendado el CO

comercial. Es nocivo y peligroso para el operador. Los animales se introducen en la cámara con un 6% de CO. Hay que controlar rigurosamente el ambiente donde se lo utiliza.

1.4.4 Anestésicos inhalatorios volátiles

Se debe asegurar suficiente aporte de aire u oxígeno, durante el periodo de inducción para prevenir la hipoxia. Deben manejarse en forma cuidadosa. Halotano: actúa rápidamente y sin estrés en sobredosis para eutanasia. Es depresor cardiorrespiratorio.

Enflurano: Similar al halotano con la ventaja que tiene mucho menor metabolismo hepático si se utiliza para estudios de toxicología o metabolismo.

Isoflurano similar con la desventaja que tiene un olor picante por lo que no debe usarse en animales que pueden aguantar la respiración. No tiene metabolismo hepático.

1.5 Agentes inyectables

Hay disponibles varias mezclas patentadas para eutanasia, que son agentes anestésicos de potencia triple como el pentobarbital sódico, pero otros pueden llevar incorporados agentes bloqueantes neuromusculares que no podrían usarse solos.

Los agentes anestésicos al doble de su dosis anestésica generalmente producen paro respiratorio, y cuatro veces su dosis anestésica paro cardiaco con ventilación asistida. Generalmente tres veces la dosis anestésica produce la muerte rápida. Se prefiere la vía

endovenosa porque el efecto es rápido y fiable. La intraperitoneal es mas fácil sobre todo en pequeñas especies, pero lleva mas tiempo pudiendo causar irritación, angustia y dolor, y limita el uso de algunos sustancias. No debe utilizarse la vía oral, subcutánea, intramuscular, porque su efecto es tardío. La vía intracardiaca es muy dolorosa y más difícil, se puede utilizar con el animal inconsciente.

1.6 La eugenesia en el siglo XX

A finales del siglo XIX y a principios del XX, y a raíz de las teorías de Darwin sobre la evolución de la especie y la supervivencia del "más fuerte", se extendió en todo el mundo occidental la convicción de que se debía hacer un esfuerzo por mejorar la raza de la especie humana. Las políticas eugenésicas registraron una espectacular eclosión en los países anglosajones, el área germánica y la Europa nórdica, donde el puritanismo protestante se congració rápidamente con ellas. Fue así como Suecia desarrolló en 1922 la primera ley eugenésica. Un año después lo hacía Noruega, y Dinamarca en 1929. En 1928 Suiza aprobaba un decreto por el que se facultaba la esterilización de los enfermos mentales.

España. También en España la eugenesia, para controlar la calidad futura de la raza, inspiró la Ley del Aborto del 25 de diciembre de 1936 de la Generalitat. La ley lleva la firma de Josep Tarradellas, conseller en cap del Govern de la Generalitat, Pedro Herrera, conseller de Sanitat i Assistència Social y Rafael Vidiella, conseller de Justicia.

La ley establecía cuatro supuestos para autorizar el aborto hasta los tres meses: "Las

causas terapéuticas (enfermedad física o mental de la madre que contraindica el parto), el motivo eugénico (incesto paterno o taras que podrían propagarse en el futuro ser), los factores neomalthusianos (deseo consciente de la limitación voluntaria de la natalidad) y sentimental o ético (maternidad indeseada para la madre por causas de orden amoroso o emotivo)". Los legisladores de la Generalitat, como la "intelectualidad" de los países "socialmente" más avanzados -ya fueran socialdemócratas suecos o republicanos en Estados Unidos- creía en las virtudes de esa rama de la medicina encaminada a controlar la calidad racial de las generaciones futuras.

EE.UU. Unas políticas que continuaron incluso después de la guerra. Así en 1948 Estados Unidos impuso una ley eugenésica en el Japón ocupado al amparo de la cual se realizaron miles de abortos. Estados Unidos llevó a cabo uno de los programas más vastos de esterilización forzosa que se conoce, según ha revelado recientemente el historiador Philip Reilly, de la Universidad John Hopkins de Baltimore. El programa, por el que se esterilizaron decenas de miles de personas, fue realizado en el marco de un vasto proyecto de eliminación de "indeseables", término que abarcaba desde los deficientes mentales, alcohólicos, o, más simplemente, miembros de grupos étnicos percibidos como una amenaza a la supremacía WASP. El programa, que vivió su máximo apogeo treinta años antes de la Alemania nazi, no fue eliminado hasta 1972. En la misma línea EE.UU. realizó experimentos radiactivos con esquimales, negros, soldados y deficientes, tal como ha desvelado el Departamento de Defensa en un nuevo informe al Presidente Clinton.

Un estudio de la Universidad de Yale también indicó que las esterilizaciones que se llevaron a cabo en Estados Unidos fueron más numerosas y su práctica se ejerció

durante más tiempo de lo que se había pensado. Las esterilizaciones comenzaron desde que se aprobó la primera ley en pro de la eugenesia en el Estado de Indiana en 1907. Para 1944, 30 Estados habían esterilizado a más de 40.000 personas.

Los expertos indicaron que una vez que en Estados Unidos se conocieron las atrocidades de los nazis, el movimiento en pro de la eugenesia de ese país comenzó a debilitarse.

De hecho, algunos de los promotores de los programas eugenésicos de esterilización de Estados Unidos de aquella época admiraban los programas similares que los nazis llevaron a cabo. Los editores de la revista de medicina New England Journal of Medicine se expresaron de la siguiente manera en 1934: "Alemania es quizás la nación más progresista a la hora de limitar la fecundidad de los incapacitados"⁴.

Alemania. La esterilización forzosa de las personas con diversidad funcional mental o intelectual empezó en Alemania a raíz de la aprobación de la ley de 1933, que contaba con un amplio apoyo de la población alemana. Como continuación de esta ley, en octubre de 1939, Hitler decidió arrancar el programa T-4, en el que estaba a todos los médicos a llevar a cabo una campaña de "muertes por compasión". Ante la renuencia de muchos de los médicos implicados, Hitler tuvo que firmar una carta personalmente y enviarla como apoyo a este programa.

Durante los años 30, los nazis esterilizaron entre 360.000 y 375.000 personas

⁴ David Morgan, Study Says U.S. Eugenics Paralleled Nazi Germany, Reuters, 14 de febrero del 2000, <http://news.excite.com/news/r/000214/18/science-science-eugenics>

consideradas "inferiores". El programa continuó hasta incluir también la muerte por medio de la eutanasia de un número no determinado de víctimas. Este programa de "muertes por compasión", no tardó en ampliarse a personas raza gitana, personas raza judía, etc. entrando de lleno en lo que se conoce filosofía como la pendiente resbaladiza.

1.7 La eugenesia contemporánea

A raíz de la debacle generada por el uso extremo de la eugenesia y la eutanasia por la Alemania nazi, la eugenesia y la eutanasia cayeron en desuso en el mundo occidental, aunque hasta finales de los años 80 no se han terminado las esterilizaciones forzosas en todo mundo. Sin embargo, con la apertura de los nuevos descubrimientos genéticos, el debate vuelve a ponerse encima de la mesa, esta vez de una manera mucho más sibilina.

Un planteamiento muy conocido a favor de la eugenesia contemporánea nace del filósofo Tristram Engelhardt, que en 1991 escribió acerca de la ingeniería genética de mejoramiento: "Puede que la organización biológica contemporánea de los seres humanos no provea el mejor medio de alcanzar las metas que podamos desear realizar mediante nuestros cuerpos a nivel individual y colectivo [...]. La ingeniería genética en la línea germinal llegará a ser deseable y moralmente aceptable. [...] La naturaleza humana, tal y como hoy la conocemos, será inevitablemente por buenas razones morales de carácter laico remodelada tecnológicamente [...]"⁵

⁵ H. Tristram Engelhardt, Jr., La naturaleza humana tecnológicamente reconsiderada, Arbor 544, Tomo CXXXVIII, abril 1991, pp. 75-95.

Esta corriente alcanzó de nuevo a todo mundo occidental, pero hay un cambio de paradigma: en vez de tener que esterilizar o matar a las personas con diversidad funcional para que sus genes no se puedan propagar, lo que hacemos es permitir la opción de dejar nacer o seleccionar genéticamente sólo a aquellos fetos, embriones o gametos que no son portadores de ninguna diferencia genética o física apreciable.

La opción de no dejar nacer las personas con gran diversidad funcional está contemplada en muchos países occidentales a través de la Ley del aborto, que suele estar permitido en estos casos.

Además, con las herramientas proporcionadas por las técnicas de Fecundación In Vitro, combinadas con el análisis y conocimiento de los genes y su teórica influencia en el desarrollo de enfermedades, sólo se desarrollan fecundaciones o embriones viables, que se consideran genéticamente perfectos. La diferencia es obvia, sólo tocamos elementos preembrionarios o fetos que muchos no consideran con igualdad de derechos que el resto de los seres humanos. Cambian los medios, pero el fin es el mismo, no dejar nacer a personas que son diferentes. Así no habrá ningún problema, eliminaremos la desventaja social.

Esta libertad de opción, poco discutible, viene acompañada no obstante de una libertad de elección poco equilibrada, ya que se trata de elegir entre dejar nacer a individuos que, *a priori*, no tendrán ninguna desventaja social evidente, y no dejar nacer a individuos que, con toda certeza, sufrirán una desventaja social, serán discriminados y nunca tendrán una plena igualdad de oportunidades.

1.8 Antecedentes en la cultura griega

La cultura griega a la que nos referimos en este parte de la investigación es la Grecia clásica, ubicada en los años los años 500 a 323 A. C; la que como es sabido, se destacó por los eminentes intelectuales o filósofos que desarrollaron la base del pensamiento occidental y son referentes indispensables en la actualidad.

Con respecto a la vida y la muerte, Sócrates dijo: “tendría también por cosa extraña que no sea permitido a aquéllos para quienes la muerte es preferible a la vida, procurarse así mismos este bien, y que estén obligados a esperar otro liberador”⁶.

Platón afirmó: “Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo”⁷ y Seneca quien en el mismo sentido afirmó: “es preferible quitarse la vida, a una existencia sin sentido y con sufrimiento”. El primero en alusión a las condiciones físicas que determinan la capacidad de vivir y ser útil a la sociedad y el segundo desde la perspectiva del ser que sufre; quien ve en la muerte una posibilidad de terminar con su dolor.

Este último pensamiento fue practicado por los estoicos; escuela de pensamiento que consideraba que todo lo que nos ocurre depende de la naturaleza y de Dios que la dirige. La muerte es inevitable y estamos destinados a ella pero, igualmente, la vida, la riqueza, la pobreza, el dolor o la alegría forman parte de nuestro destino. Nada ocurre fuera de la naturaleza, nada ocurre fuera de los designios de las leyes del Universo. Todo tiene un

⁶ Platón, **Diálogos**. Pág. 390

⁷ Platón. **La república**. Pág. 73

sentido y una razón.

Pero más que considerar la muerte como natural o propia de la existencia, afirmaron que cuando el cuerpo ya no era un vehículo digno del espíritu, debía abandonarse. Se relata en las biografías de los filósofos más ilustres, la anécdota siguiente Murió Demócrito, como dice Hermipo, en esta forma: Como fuese ya muy anciano y se viese vecino a partir de esta vida, a su hermana, que se lamentaba de que si él moría en la próxima festividad, no podría ella dar a la diosa los debidos cultos, le dijo que se consolase. Mandóle traer diariamente algunos panes calientes y conservó su vida durante las fiestas; pero pasados sus días, que eran tres, terminó su vida sin dolor alguno a los ciento nueve años de edad⁸.

Zenón de Citio y otros estoicos: se provocaron la muerte en el momento que sus facultades estuvieron disminuidas. La muerte era un recurso natural y extraordinario para estos griegos. Cleantes, discípulo y sucesor de Zenón, habiendo vivido noventa y tres años, tuvo un tumor en los labios. Mientras se dejaba morir de hambre, se le acercaron algunos compañeros de estudios para obligarlo a comer y para que hiciera lo que los amigos creían que debía hacer, pero él, absteniéndose por el contrario del alimento, abandonó la vida⁹.

A esta práctica de dejarse morir de inanición como una forma de terminar la vida, cuando esta ya se está consumiendo naturalmente o ha perdido su sentido se denominó

⁸ Riñao, José, **La vida de los filósofos más ilustres**. Pág. 234.

⁹ Cappelletti, Angel. **Los estoicos antiguos**. Pág. 254.

“apokarteron”.

Un refuerzo necesario para entender la concepción de la vida y la muerte desde el pensamiento de la Grecia clásica es la relación con la eternidad del espíritu; el que trascendía el cuerpo y que existía después de haber dejado la materia. Para quienes pensaban de esta forma no es difícil entender que aceptaran la muerte en el momento en que la vida parecía no tener significado. Entre sus creencias religiosas existe el mito de los dioses, entre ellos está el Dios Hades quien es hermano de Zeus y gobierna un inframundo donde las almas reposan después de la muerte.

En el mundo antiguo, se encuentran casos de ancianos que sentían el peso de los años y era permitida, aconsejada y hasta impuesta la anticipación a la muerte, que en algún sentido fue llamada y practicada como eutanasia. El uso de la palabra "eutanasia" en el contexto de la cultura griega alude al mismo hecho del morir humano, como morir bien.

En el mundo griego, Platón afirmaba que la ciudad natural o perfecta ha de estar compuesta de hombres sanos. Los ciudadanos han de gozar de salud, dado que la salud es inseparable de la perfección. Platón recomienda a los médicos no cuidar a un hombre incapaz de vivir el tiempo fijado por la naturaleza por no ser ventajoso ni para el sujeto ni para el estado.

Por su parte los estoicos inspirados por el ejemplo de la muerte de Sócrates, el cual aceptó beber cicuta, concebían la filosofía no sólo como el arte correcto de vivir, sino también como el arte de morir bien. En estas prácticas antiguas no hay un

reconocimiento absoluto del valor de la vida humana, de la cual nadie puede disponer. Es precisamente la instauración del cristianismo lo que ha hecho desaparecer cualquier posibilidad de legitimación, no sólo de la eutanasia, sino también del aborto, del infanticidio y del suicidio.

Para Sócrates, Platón y los estoicos, una enfermedad dolorosa era razón para dejar de vivir. Hipócrates describe al médico como un curandero al que se le exigía ahuyentar el sufrimiento de los enfermos, aliviar las dolencias de sus enfermedades incurables cuando la medicina era imponente para curar la enfermedad. Cicerón, por su parte le da significado a la palabra como muerte digna, honesta y gloriosa.

En el mundo griego, era bueno morir voluntariamente, se reconocía el derecho a elegir la propia muerte. Con el significado de muerte apropiada, que otros llaman muerte digna, sin embargo, no se tiene en cuenta la ayuda a morir.

En Esparta, la decisión de permitir vivir al recién nacido se encontraba reservada a los miembros más ancianos de la tribu a la que pertenecía el padre. El niño que pareciera *débil o deforme* podía ser abandonado en las cercanías del Monte Taigeto.¹⁰

En Atenas, el infanticidio también se reservaba para los *débiles y deformes*. Pero aún entonces era diferente del que practicaban los espartanos. Se recurría al método de la

¹⁰ Cfr. SCHEERENBERGER, R. C. *Historia del retraso mental*. Traducción de Isabel Villena Pérez. Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. San Sebastián, 1984. p. 18. Resalta el autor que Esparta, más que cualquier otra ciudad-estado, elevó el culto de la fuerza física y la agresividad a cuotas inigualadas, por lo que encuentra lógico que una sociedad con tales concepciones hiciese profundo hincapié en la eugenesia y el infanticidio.

exposición del recién nacido en una vasija de barro o en otro recipiente lejos de su casa, a menudo en lugares inhóspitos, fuera de la ciudad, donde podía morir de hambre o ser despedazado por las fieras, a no ser que alguien lo recogiera.¹¹

Platón consideraba necesario eliminar a los débiles y a los diferentes. “Digo, pues, que ya ha sido sentado el principio de que los mejores de cada sexo deben unirse con los mejores con tanta frecuencia, y los inferiores con los inferiores tan rara vez, como sea posible; y que es preciso criar a los vástagos del primer tipo de unión, pero no del segundo, si la estirpe se ha de mantener en condiciones óptimas... Los funcionarios pertinentes llevarán los hijos de los padres selectos al redil o guardería, y allí los depositarán en manos de ciertas nodrizas que habitarán un cuarto separado; pero los vástagos de los inferiores, o de los superiores cuando hayan nacido deformes, serán rechazados...”¹²

En el siglo I d. C. para entonces Roma era un imperio desgarrado por un siglo de insidias y guerras civiles. La esclavitud y la miseria hacían que los niños supusieran más obligaciones que ventajas. Las tasas de natalidad se redujeron significativamente, y el infanticidio pasó a ser una práctica generalizada.¹³

1.9 Antecedentes en la cultura romana

El imperio romano continuó con la evolución del pensamiento que ahora se conoce como

¹¹ Íbidem, p. 104.

¹² PLATÓN. *Protágoras, Gorgias, Carta Séptima*. Introducción, traducción y notas de Javier Martínez García. Alianza. Madrid, 1998, p. 28.

¹³ Cfr. Cfr. SCHEERENBERGER, R. C. *Historia del retraso mental*. Traducción de Isabel Villena Pérez. Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. San Sebastián, 1984. p. 25.

occidental y basó sus ideas políticas, espirituales y de la vida y la muerte sobre la base de la filosofía griega.

En 146 a. C. Grecia cayó ante los romanos. En el año 330 después de Cristo, el emperador Constantino movió la Capital del Imperio romano a la que denominó Constantinopla, fundador el Imperio romano oriental que se transformó en la herencia lingüística de Grecia antigua.

Quizá la corriente de pensamiento que trascendió la conquista de Grecia y se afirmó en Roma fue el estoicismo. Uno de sus exponentes destacados por la importancia que alcanzó dentro del imperio fue Lucio Anneo Séneca quien llegó a ser preceptor de Nerón.

“A Séneca se le atribuye la investigación de la naturaleza y del conocimiento de Dios y del alma. Los grandes temas de la filosofía vuelven a ser tratados por Séneca con gran penetración y profundidad. Aunque no parece haber llegado a la idea de un Dios personal distinto del mundo, abandona ya la concepción del panteísmo estoico. Tampoco acepta la doctrina antropológica estoica, sino que revive la concepción platónica sobre este punto”¹⁴.

Con todo esto, lo fundamental de la filosofía de Séneca sigue siendo la ética. La virtud es suficiente para la felicidad; los demás bienes, como las riquezas, los honores, etc., valen en cuanto subordinados a la virtud. Afirma con toda claridad la hermandad de todos los hombres, basada en su naturaleza común. Séneca se ocupa también de casos prácticos

¹⁴ Fraile, Guillermo. **Historia de la filosofía**. Pág. 36.

de moral.

“Seneca aconseja el amor al prójimo y formula otras muchas ideas que el cristianismo naciente ponía ya en práctica. Esta circunstancia ha dado pie para las supuestas relaciones epistolares entre Séneca y San Pablo. Algunos han llegado a sostener que Séneca se convirtió al cristianismo. No es cierto. Sí lo es, empero, que se halla muy próximo al cristianismo en el campo del pensamiento. Tan cerca debieron considerarlo los primeros Padres de la Iglesia, que Tertuliano lo llama, considerando su proximidad a la verdad cristiana. Por último Seneca, a quien se conoce como defensor de la eutanasia escribe: "No se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerla fin cuando la razón lo aconseje. No se trata de huir de la vida, sino de saber dejarla"¹⁵.

El historiador romano Suetonio afirma que el emperador Augusto era partidario de la eutanasia de esta manera: Tan pronto como César Augusto oía que alguien había muerto rápidamente y sin dolor, pedía la eutanasia, utilizando esta palabra, para sí mismo y para su familia.

1.10 La eutanasia en los pueblos asiáticos

En la India antiguamente, los incurables eran ahogados en el Ganges, después de taparles la boca y las narices con limo sagrado. Los brahmanes eliminaban a los viejos enfermos y a los recién nacidos defectuosos por considerarlos extraños e impresentables

¹⁵ **Ibid.** Pág. 11.

a los intereses del grupo.

En Japón se practicó el Harakiri entre los samuráis: Para los Samuráis, la muerte significaba un asunto de honor, y la muerte por vejez y por causas naturales no era algo deseable. Como lo creían los antiguos griegos, una muerte noble, temprana y violenta era un signo de predilección de los dioses, su ideal era "Vivir bellamente y morir de manera hermosa". De allí la adopción del capullo de cerezo como emblema del Samurai; bello y efímero.

Para el islamismo tradicional la postura es en principio adversa al suicidio y a la eutanasia, especialmente la activa: "La vida del hombre es multidimensional, somos cuerpo alma y espíritu. El dolor y la enfermedad que irremediablemente nos lleva a la muerte no es mas que un transito, un cambio de estadio y de dimensión. En realidad la muerte no existe porque el espíritu del hombre es tan eterno como su creador. La vida del ser humano en este plano material es un instante en la eternidad y no debemos enlodarla saliendo de este mundo sin que nuestro creador infinito y sabio así lo determine. Si unos seres sufren mas dolor que otros antes de partir de este mundo es porque Dios quiere medir nuestra paciencia determinación y carácter; Y porque quiere librnarnos en el otro mundo de dificultades más serias e insoportables. Esta lección esta dirigida a los sanos y los enfermos, y todos estamos obligados a estudiar los designios del creador"¹⁶.

En lo anterior se resume el pensamiento teológico del islamismo, basado en el Corán, acerca de la eutanasia, pero aunque no lo exprese directamente, se trata de la eutanasia

¹⁶ Revista centro cultural islámico. Pág. 6.

activa; posteriormente en el mismo texto podemos apreciar un pronunciamiento a favor de la eutanasia pasiva: “No obstante, los sabios están de acuerdo sobre la licitud de desconectar las máquinas que sostienen la vida de un paciente en caso de muerte clínica del mismo. Estas máquinas ayudan a los pacientes a respirar y a mantener el riego sanguíneo, pero si están muertos clínicamente y han perdido todos sus sentidos debido a un daño cerebral, no tiene sentido mantener el soporte de estas máquinas, debido además al alto coste que ellas suponen y al beneficio que pudiera tener para otros pacientes. El Islam permite, en ciertos casos, que se cese con las medidas que prolongan la vida artificialmente, pues no se trata de aferrarse a ella. Cuando la vida llega a su fin, hay que entrar con satisfacción a la muerte. No se debe, por ello, prolongar la vida a toda costa, donde la ciencia y la razón no ven perspectiva. El Islam prohíbe toda clase de eutanasia. La vida es un don divino, que hay que proteger y cuidar lo más posible. El fin de la vida lo determina Dios solo”¹⁷.

1.11 La eutanasia en la Edad Media

La expresión "Edad Media" ha sido empleada por la civilización occidental para definir el periodo de 1000 años de historia europea entre el 500 y 1500 d. C. El inicio de la Edad Media está señalado por la caída del Imperio Romano Occidental y el Renacimiento marca su final. Entre los acontecimientos que determinaron el final de este periodo destacan la caída de Constantinopla en 1453; la utilización por primera vez de la imprenta en 1456; el descubrimiento de América en 1492; la Reforma Protestante iniciada por Lutero en 1517, y el florecimiento de las artes en Italia. La Edad Media se sitúa, por lo

¹⁷ Ibid. Pag.14

tanto, entre lo que conocemos como historia antigua e historia moderna.

Una característica destacable de esta etapa histórica es la fuerte influencia del cristianismo en la administración pública y en la vida de los pueblos que dependían de los dictados de la iglesia y las monarquías para regir sus vidas.

El cristianismo trajo consigo cambios de gran alcance para el trato con la muerte y el fallecimiento. Una profundidad, hasta ahora desconocida, de la piedad y del amor al prójimo.

Se introduce con el principio de la trascendencia en el mundo, así como también en la medicina. La eutanasia, el suicidio y el aborto son considerados como pecado, puesto que el hombre no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por Dios quien es el único que da la vida y el único que puede quitarla.

En la edad media surgen conceptos relacionados a la vida y la muerte altamente allegados al cristianismo, así lo describe el siguiente resumen: "La muerte repentina o imprevista ("mors repentina et improvisa"), deseo de muchos hombres de hoy, se considera como una muerte mala y horrenda. "Se ruega a Dios protección ante esta muerte: "Ab improvisa morte libera nos, Domine". Se desea estar consciente para despedirse de familiares y amigos, "con mano tibia" dar al heredero, y poder presentarse en el más allá con un claro conocimiento del fin de la vida". "La enfermedad y la muerte se aplican a la expresión "Passio Christi", en el proceso escatológico del paraíso sobre la vida terrenal deben unirse con la resurrección. La enfermedad puede tener un sentido

positivo: a través de ella el hombre puede perfeccionarse en su virtud ("virtus in infirmitate perficitur",). En el medio de la vida estamos siempre ante la muerte ("Media vita in morte somus"), los vivos de hoy son los muertos de mañana. El arte de la muerte tiene algo de valentía, pero también de consuelo – pedido a los sacerdotes, parientes y médicos”¹⁸.

Este pensamiento cristiano, de profundidad piadosa y espiritual se consagró en la sumó la postura académica de Tomas Moro o santo Tomás Moro, quien nació en Londres en 1477. Se graduó de la Universidad de Oxford como abogado. En 1516 escribió su famoso libro "Utopía". Este científico fue influenciado por los movimientos renacentistas y pos su característica de humanista se sitúa entre la edad media y el renacimiento.

1.12 La eutanasia en la era moderna

En la historia se ubica desde la toma de Constantinopla por los turcos en el año 1453 hasta la Revolución Francesa en el año 1789. Otros historiadores fijan como fecha de inicio el descubrimiento de América en 1492, o el inicio de la Reforma Protestante en 1517.

En este periodo destacan la invención de la imprenta, los grandes descubrimientos geográficos como el descubrimiento de América, el renacimiento, la reforma protestante, la contrarreforma política etc.

Conforme transcurrían los años, las ciudades fueron creciendo, y es así como durante el

¹⁸ Soto Rivera, Rubén. **Muerte libre**. Pág. 53.

período medieval, ya en el siglo XV, Europa presentaba un gran desarrollo urbano. También con el crecimiento de las ciudades se produjo un cambio en el sistema económico: la economía feudal dio paso a los primeros indicios del sistema capitalista.

Los hombres de la edad moderna ya no siguen, como es sabido, el pensamiento de la edad media, en ocasiones sólo a un alcance parcial o mínimo.

La perspectiva cristiana se abandona y se vuelve a posiciones filosóficas de la Antigüedad, quedando en primer lugar este mundo, la naturaleza y el hombre. La salud, la juventud y la vida digna deben ser objetivos alcanzables con la ayuda de la técnica, de las ciencias naturales y de la medicina; de estas metas se alimenta la poderosa e ilimitada dinámica del progreso médico y científico.

De los grandes utopistas del renacimiento vuelve a justificarse el término activo de la vida, condenado durante la Edad Media, y se relaciona con la expresión eutanasia. "Francis Bacon, que también usa la expresión "suicidio", toma en su escrito de dignitate et augmentis scientiarum del año 1623, por primera vez, la antigua designación de eutanasia, y diferencia dos tipos: la "eutanasia exterior" como término directo de la vida ("excessus e vita lenis e placidus"), y la "eutanasia interior" como preparación espiritual para la muerte ("animae praeparatio"). con esto, Bacon se refiere, por una parte, a la tradición de "ars morendi", que siempre cuenta como un próspero "ars vivendi", pero completa esta tradición con algo que para el medioevo era una posibilidad inimaginable: la muerte de un enfermo por manos del médico. Con el énfasis en la autonomía, Bacon indica el peligro de la heteronomía involuntaria, que él rechazara"¹⁹.

¹⁹ Bacon, Francis. **De dignitate et augmentis scientiarum**. Pág. 594.

Tomas Moro, quien también justifica el suicidio, ya en 1516, en la Utopía, aboga por la eutanasia activa, sin usar esta designación. Contra la voluntad del enfermo o sin aclaración, la eutanasia no puede tener lugar: "Quien se ha convencido de esto, quien termina su vida, ya sea voluntariamente a través de la abstención de recibir alimentos o es puesto a dormir y encuentra salvación sin darse cuenta de la muerte. Contra su voluntad no se debe matar a nadie, se le debe prestar cuidados igual que a cualquier otro"²⁰.

En el renacimiento el médico Christoph Wilhelm Hufeland expone: "El médico sólo debe preservar la vida, se trate de una suerte o de una desgracia, valga o no la pena. Esto no le concierne y, una vez más, se adjudica esta consideración en su labor de asimilar, así las consecuencias son enormes y el médico se transformará en el hombre más peligroso de la ciudad"²¹.

Pese a lo anterior en el renacimiento como en la actualidad se descubre controversia con respecto al tema, la iglesia católica y protestante mantienen la postura de que debe dejarse la vida y la muerte a los designios de Dios y no apoyan la inducción de la muerte, afirmando que el trabajo de los médicos deben ser piadosos y extenuantes hasta que la vida llegue de manera inexorable.

²⁰ Moro, Thomas. **Utopía**. Pág. 81

²¹Hufeland Christoph **tratado sobre la práctica médica**. Pág. 734

Casos relevantes de eutanasia en la edad moderna

-Terry Schiavo

Para argumentar en favor de la eutanasia, siempre es útil acogerse a un caso límite, como el de la norteamericana Terri Schiavo, en estado vegetativo persistente (EVP) desde 1990, y prácticamente sin posibilidades de recuperar el movimiento y la conciencia. Su corteza cerebral quedó irremisiblemente dañada al perder el flujo sanguíneo durante varios minutos tras un paro cardíaco.

Pero aquí no hay en realidad caso límite, ni la situación es tan excepcional como podría parecer. Según cálculos del especialista Chris Borthwick ("Issues in Law and Medicine", 1996; 12[2]: 167-85), en Estados Unidos hay en todo momento al menos 3.500 pacientes en EVP. Por la misma época se estimaba en unas 1.500 las personas con el mismo síndrome en Gran Bretaña (ver Aceprensa 26/96). Los números son inciertos, pues no siempre es fácil determinar si en verdad un paciente está en EVP: Borthwick cita un 18% y un 36% de diagnósticos erróneos en sendos muestreos.

Tampoco es excepcional que Terri haya de ser alimentada e hidratada mediante un tubo, como tantas otras personas en su mismo estado. Ni lo es, por otra parte, que mantenga los ojos abiertos y tenga ciclos de sueño y vigilia, ni que parezca reaccionar cuando se le habla o ante otros estímulos: todo eso es frecuente en casos de EVP. En estos pacientes, tales respuestas no significan que perciban algo o que vayan a despertar: podrían ser solo reflejos automáticos.

Un primer aspecto poco común en el caso de Terri es que haya sobrevivido tanto tiempo. La esperanza de vida en EVP suele estar entre dos y cinco años, según la Multi-Society Task Force on PVS (cfr. "The New England Journal of Medicine", 1994; 330: 1499-1508). Pero, como a veces sucede, Terri parece tener notable resistencia física y, por otro lado, no ha padecido en estos años ninguna enfermedad seria ni deterioro orgánico importante.

Sobre todo, el caso de Terri es excepcional por la notoriedad que ha alcanzado. Miles de personas pasan años en EVP paralizadas e inconscientes, alimentadas mediante un tubo, sin que la opinión pública sepa de ellas. Pero desde 1997 el marido de Terri libra una batalla judicial para que se le retire la alimentación y en consecuencia muera, a lo que se oponen los padres de ella. Tras repetidos recursos y contrarrecursos, el pasado 18 de marzo le quitaron el tubo por orden judicial. Pero dos días después, el Congreso aprobó en sesión extraordinaria una ley para permitir una nueva revisión del caso. La semana pasada, los padres de Terri se acogieron a ella, y agotaron todos los recursos, sin éxito. Terri morirá dentro de unos días.

Terri Schiavo ha muerto de inanición y deshidratada en Florida, tras 13 días sin recibir alimentación después de que le fuera retirado el aporte por orden judicial. La privación de alimento había sido solicitada de forma insistente a lo largo de 12 años por su marido. Los padres de Terry, en cambio, insistieron a lo largo de este tiempo en cuidar a su hija, manteniéndole la comida y la hidratación.

Expresando los sentimientos de los padres, Frank Pavone, uno de los consejeros espirituales de la familia de sangre de Terry, calificó la muerte de *"asesinato"*. *"No solo sentimos dolor por la muerte de Terry. Sentimos pesar por el hecho de que*

nuestra nación haya permitido tal atrocidad y rezamos para que no ocurra nunca más."

Como consecuencia de un paro cardíaco, en 1990 Terry padeció una lesión cerebral grave quedando en lo que en medicina se conoce como "estado vegetativo persistente", una situación en la que el paciente se halla inconsciente y de la que, en principio, no se espera ya recuperación. Terry no había dejado instrucciones escritas acerca de sus deseos para el caso de que quedara inválida.

Aunque su marido, separado de Terry a poco de producirse el accidente y que vive actualmente con otra mujer, afirmaba que ella le había dicho mucho tiempo antes que no deseaba que se le mantuviera artificialmente en vida, los padres de Terry disientían de ello y mantenían que su hija les sonreía e intentaba hablarles.

El pasado día 18 de marzo, el juez local, George W. Greer, apoyó al marido autorizando la retirada de la sonda de alimentación y condenando así a Terry a una muerte segura.

A lo largo de los siete años de batalla legal, los tribunales federales han rechazado de manera reiterada los intentos de mantener la alimentación e hidratación a Terry Schiavo, siendo recurridas las decisiones una y otra vez por quienes apoyaban a los padres. Entre estos últimos se hallaba el congreso de la nación, el propio presidente Bush y su hermano Jeb, gobernador del estado de Florida.

Según los partidarios de la postura de los padres de Terry, entre ellos la Iglesia Católica, afirman que retirar el sustento de comida y agua va en contra de los principios morales más elementales.

En el proceso legal han participado alrededor de 40 jueces en seis tribunales diversos. El tribunal supremo de la nación declinó intervenir en seis ocasiones. Cuando la vida de Schiavo se debilitaba, el Congreso aprobó un proyecto de ley para permitir que los tribunales federales se ocuparan del caso, y el Presidente Bush lo firmó el pasado día 21. Sin embargo, los tribunales federales no quisieron abordarlo.

Antes de Terri Schiavo hubo en Estados Unidos otros casos excepcionales por la resonancia que les dio su paso por los tribunales.

En 1983, Nancy Cruzan, a la sazón de 25 años, sufrió daños cerebrales irreversibles a consecuencia de un accidente de automóvil, y quedó en EVP. Los médicos le implantaron un tubo para alimentarla e hidratarla adecuadamente, aunque no estaba del todo impedida de deglutir. Pasó el tiempo, y los padres de Nancy, a la vista de que los intentos de recuperación resultaban inútiles, solicitaron una orden judicial para que se dejase de alimentarla, contra el parecer del hospital. El asunto llegó al Tribunal Supremo de la nación, que confirmó la precedente sentencia favorable a los padres. En diciembre de 1990 se retiró la alimentación a Nancy, que murió dos semanas después.

Más aún que Nancy Cruzan, Karen Ann Quinlan fue como un estandarte para el movimiento pro-eutanasia. En 1975, a los 21 años, Karen quedó en EVP a causa de un paro cardíaco, tras ingerir alcohol y Valium en una fiesta. Necesitaba asistencia

no solo para alimentarse, sino además para respirar. Su padre solicitó y finalmente obtuvo autorización judicial para suspender la ventilación, cosa que los médicos hicieron de modo gradual en mayo de 1976. Pero ella continuó respirando por sí sola y su padre finalmente no quiso que le retiraran la alimentación, aunque el Tribunal Supremo de Nueva Jersey lo había autorizado igualmente. Karen vivió nueve años más, hasta que en 1985 falleció a consecuencia de una neumonía.

A diferencia del caso Quinlan, en los de Cruzan y Schiavo no se trata de suspender unos medios extraordinarios que prolongan artificialmente la vida. La alimentación, mientras sea posible, no es ensañamiento terapéutico, sino un cuidado básico que nunca se debe omitir. Así lo señalaba Leon Kass, médico, presidente del Consejo Asesor de Bioética de Estados Unidos: “En estos casos, yo preferiría estar al lado del enfermo, dejándole morir si ese es el proceso natural. No iría mucho más allá de suministrarle los medios mínimos para seguir viviendo. Pero nunca le pondría una inyección letal ni realizaría otras acciones que provocaran la muerte del paciente. Entre los métodos indignos, éste me parece el menos digno” (ver Acepresa 22/98). Pero ¿es digno vivir en estado vegetativo? El paciente no puede decirlo, y nadie puede ponerse en su lugar. Cuando así se invoca el "derecho a una muerte digna", más que el sufrimiento del enfermo, que se desconoce, influye el de los allegados, real y comprensible por otra parte.

Ante el dolor, merecedor de compasión, de los familiares, la misión de los demás – amigos, personal sanitario, jueces...– es consolar y prestar apoyo. La sociedad tiene medios para sostenerles, hacerles la carga más llevadera y dar al paciente los

mejores cuidados disponibles. Lo menos comprensible es que los no allegados hagan campaña en torno a un enfermo.

-Ramón Sampedro

En España un hombre tetrapléjico desde hace 30 años, llevaba más de 25 años exigiendo a la justicia su derecho a poner fin a su vida con la eutanasia. El 12 de enero de 1998 murió y a los pocos días se descubrió, ante la conmoción de todo el país, que había fallecido tras un suicidio asistido con cianuro.

Sampedro llegó a la Comisión de Derechos Humanos para pedir que se escuchara su petición. Pero en España, así como en la gran mayoría de países del mundo, la eutanasia no es legal. Sólo en el norte de Australia, una ley federal permitió poner fin a la vida de los enfermos terminales, pero esta ley fue derogada a los seis meses de aprobada.

El caso de Ramón Sampedro abrió nuevamente el debate sobre un tema tan polémico. Hoy la justicia española está buscando a los amigos que lo ayudaron a realizar su deseo. En España, decenas de personas han iniciado una campaña por autoinculparse afirmando: *Yo también ayudé a matar a Sampedro, en abierta compasión por la lucha incansable de este hombre por alcanzar la muerte.*

-El plan...

Repartió 11 llaves entre sus amigos. Y a cada cual le encomendó una tarea: uno compró el cianuro; otro lo analizó; el siguiente calculó la proporción de la mezcla; una cuarta persona lo traslado de lugar; el quinto lo recogió; el sexto preparó el brebaje; el séptimo lo introdujo en un vaso; el octavo colocó la pajita para que Ramón, imposibilitado del cuello

para abajo, pudiera beberlo; el noveno lo puso a su alcance. Una décima mano amiga recogió la carta de despedida que garabateó con la boca. Y otra, tal vez la más importante, se encargó del último deseo de aquel hombre que quería morir: grabar en vídeo el acto íntimo de su muerte.

De esta manera abandonó el tetrapléjico Ramón Sampedro el mundo de los vivos el pasado 12 de enero, después de tres décadas de lucha incansable por el reconocimiento legal de la eutanasia. Pocos días después, los forenses encontraron restos de cianuro en su cadáver. La noticia saltó a los medios. Los 11 amigos sonrieron. El hombre al que había amado en los últimos dos años descansaba en paz.

-Lo condenaron a vivir...

Acudió a la justicia. Pidió a los juzgados de Barcelona y La Coruña que le permitieran rechazar las sondas con las que se alimentaba, o que los médicos pudieran recetarle fármacos sin incurrir en un delito de ayuda al suicidio, castigado con penas de entre dos y cinco años de cárcel. Estos dos tribunales de primera instancia denegaron su petición; después recurrió, también sin éxito, ante las audiencias de Barcelona y La Coruña. La negativa del Tribunal constitucional a admitir uno de sus recursos de amparo lo condenaron a vivir.

A partir de ese momento fue consciente de que su muerte sólo podría ser clandestina, y que quienes le ayudaran a morir serían perseguidos por la justicia. Así que trazó un plan minucioso para protegerlos.

¿Con quién podía contar? Era el primer paso. Yo pienso que un amigo, si es amigo, no me impondrá nunca sus convicciones por encima de las mías, porque entonces no habría

respeto y amistad, sino dominación, escribió Ramón en el libro Cartas desde el Infierno. Encontró 11 de estos amigos.

El segundo acto del plan ¿con qué puedo morir? tardó poco en resolverlo. Eligió el cianuro, un veneno relativamente fácil de adquirir, ya que está presente en plaguicidas, y que proporciona una muerte sin sobresaltos.

El tercer y último paso consistía sólo en fijar la fecha. Ramón Sampedro quería que la Navidad de 1997 fuera la última. En ese momento comenzó la cuenta atrás.

Se alejó de su familia, en parte porque uno de sus parientes se oponía a que Ramón abandonará este mundo por voluntad propia, y en parte también para no implicar a otros familiares que sí mostraron disposición a ayudarlo. Así que un día de noviembre la ambulancia inició un viaje sin regreso desde Porto do Son, su aldea natal, hasta Boiro, 25 kilómetros al sur, también en la provincia de La Coruña. Allí se instaló en un departamento alquilado.

Repartió las llaves y confió a cada amigo una parte del trabajo. Pocos días antes de morir se hizo con una cámara de vídeo para asegurarse de que sus últimos momentos serían filmados. En esta película que la policía y un juez buscan Sampedro pregona a los cuatro vientos que está cumpliendo su voluntad, que es plenamente consciente de sus actos, que desea la muerte desde hace 29 años y que nadie debe ser culpado por ella.

Él sonríe a la cámara, mira con ojos tranquilos hacia el objetivo en el instante en que acerca sus labios al vaso mortal y anuncia que no quiere compasión ni llantos, puesto que se está cumpliendo su deseo, el deseo de un ser humano lúcido, consciente y adulto.

Ha dejado pocos cabos sueltos. Ninguno de los actos de los 11 amigos que participaron en su muerte puede considerarse un delito en sí mismo. Sólo la persona que grabó la muerte cuenta con jurisprudencia precedente a su favor (evitar el delito de coacciones) y en su contra (omisión del deber de socorro). Pero nadie en este círculo supo que hizo el otro, ni cuándo, ni cómo.

-Mujer francesa

Una mujer francesa es agobiada por un tumor canceroso en la nariz que deformaba su cara, su nombre era Chantal Sébire. La lucha de Chantal contra el cancer se dió por desahuciada, su tumor era, según todas las opiniones médicas, incurable. El tumor comenzó a crecer y a dar muchos problemas, aparte del problema estético que hacía que la gente se horrorizara, y del dolor propio del tumor, comenzaba a hacer estragos en otras áreas de su cara, le era crecientemente difícil respirar y su capacidad de alimentarse o hablar disminuía día a día, además su visión se estaba estropeando, porque sus ojos no tenían espacio siquiera para abrirse.

No aguantó más y comenzó a luchar por un derecho en el que no hay consenso hasta hoy: El derecho a morir dignamente. Entendía que si seguía dejando pasar el tiempo, su mantención con vida sólo traería problemas, horror a los suyos y a ella misma.

A diferencia de muchos otros casos, Sébire no se encontraba en coma y, de hecho fue ella misma quien argumentó su derecho a morir, pero su gran problema fue que la eutanasia pasiva no era una opción válida para ella, al menos según su argumentación ya que, entre otras cosas, para recibir la eutanasia pasiva tendría que perder el conocimiento y pasar una larga agonía.

En Francia, como en la mayor parte de los estados del mundo, la eutanasia activa está prohibida.

La lucha de Sébire llegó al parlamento francés donde se votó durante la semana santa de marzo del 2008 su aprobación: El proyecto de ley es rechazado. Al poco tiempo Chantal es hallada muerta en su casa. Se le realiza una autopsia para determinar si hubo participación de terceros, pero luego de ésta, su muerte continúa siendo un misterio.

CAPÍTULO II

2. Doctrinas a favor y en contra de la eutanasia

En el capítulo anterior se estudio la eutanasia en diferentes lugares y culturas, tratando de abarcar una muestra en cada uno de los continentes y civilizaciones más influyentes en la historia. En el presente capitula la división se realiza conforme a las grades corrientes de pensamiento que tienen relación con el tema; ya sean religiosas o científicas, lo importante es que hayan asentado una postura con respecto al tema de estudio.

2.1 Argumentos a favor de la eutanasia

En 1935 se crea, en Gran Bretaña, la primera asociación que defiende el derecho a morir con dignidad (The Voluntary Euthanasia Society). Durante años utilizó el título "Exit" ("Salida"). En los años 30 estas asociaciones surgen también en los EEUU. Fue el abogado de Chicago Lewis Kutner el que acuñó la expresión inglesa "Living Will" en 1967, expresión equivalente a nuestro "testamento vital", documento en el que el firmante puede expresar su rechazo a que se le prolongue la vida artificialmente por medios desproporcionados.

El primer modelo redactado de testamento vital es el de 1967 y fue ofrecido por el "Euthanasia Educational Council". Hoy se calcula que, en EE.UU., más de diez millones de personas han firmado declaraciones de este género. En España muchas

Comunidades autónomas han desarrollado los instrumentos legislativos necesarios para recoger testamentos vitales. Los modelos de testamento vital son múltiples, con diferencias según las personas y grupos que los han inspirado. Los podemos clasificar en tres tipos: Los de procedencia religiosa, los que tienen su origen en grupos profesionales, y los de grupos educativos. No es sino la traducción moderna de la doctrina moral tradicional sobre los medios ordinarios/extraordinarios, que pretende dotar de sensatez y racionalidad a las decisiones sobre la vida en su etapa final.

En general, los planteamientos de las asociaciones de las que hemos hablado y entre las que podemos contar la española Derecho a Morir Dignamente Quedan resumidas en el "Manifiesto en favor de la Eutanasia bienhechora"²², aparecido en "The Humanist", 1974. A continuación se resumen los principios fundamentales de ese documento: los que suscriben el documento declaran:

- Nos declaramos, por razones éticas, en favor de la eutanasia bienhechora
- Rechazamos las teorías que implican que el sufrimiento humano es inevitable y no se puede hacer nada para mejorar la condición humana.
- Creemos en el valor y la dignidad de la persona individual. Esto requiere un tratamiento respetuoso, que conlleva el derecho a la autodeterminación. Ninguna moralidad racional puede prohibir categóricamente la terminación de la vida si ha sido azotada por alguna enfermedad horrible para la que todas las terapias conocidas son inútiles.
- La eutanasia será bienhechora sí y solo sí da como resultado una muerte

²² A Plea for Beneficent Euthanasia – The Humanist Julio/Agosto de 1974

rápida e indolora, y si el acto, en su totalidad, resulta beneficioso para el paciente.

- Mantener a una persona viva en contra de su voluntad y negarle sus peticiones de una salida piadosa cuando la dignidad, la belleza, la promesa y el sentido de la vida han desaparecido, cuando sólo podemos permanecer en estados de agonía, o decadencia, es cruel y bárbaro. La imposición del sufrimiento innecesario es el mal y debería ser evitado por una sociedad civilizada.
- Desde el punto de vista ético, la muerte se debe ver como una continuidad de la vida. Dado que el individuo tiene derecho a vivir con dignidad – aunque esta premisa se viole de hecho – cada individuo tiene derecho a morir con dignidad.
- ...La pena y el sufrimiento se deben soportar con tanta dignidad como los pacientes puedan reunir, mientras haya una posibilidad presente de alivio o cura. No se tiene por qué soportar cuando ya no tiene sentido, como es el caso de las fases finales de una enfermedad incurable.
- Para algunos médicos el problema de la eutanasia viene derivado de una cierta ambivalencia del juramento hipocrático. Cabe resaltar que, por este juramento, un médico se compromete tanto a la cura de la enfermedad como al alivio del sufrimiento.
- Afirman que el individuo "tiene la libertad para decidir razonablemente su propia muerte"; "es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida viva contra su voluntad, rehusándole la liberación que desea". Finalmente, afirma con solemnidad que "puesto que todo individuo tiene derecho a vivir con dignidad... también tiene el derecho a morir con dignidad".

2.2 Argumentos en contra de la eutanasia

Se pueden mencionar entre los puntos en contra de la eutanasia los siguientes:

- La vida como un derecho inalienable, al optar por la eutanasia, estoy entregando mi libertad y al mismo tiempo acabando con ella, cuestión aún sin resolver.
- Los límites de la eutanasia: bajo qué circunstancias se debe aplicar? cómo legislarla? aunque aquí se plantean ciertos límites, aún no es claro cómo aprobarla, bajo qué límites.
- Existe una dificultad de toma de posición en el caso de los enfermos mentales.
- Las expectativas: Cómo sé si aquella persona que hizo su testamento en vida autorizando ésta práctica no se arrepintió en el último momento?
- "mientras hay vida hay esperanza" dice un adagio popular, sin embargo, hay que analizar y desentrañar aún más el verdadero significado de esta frase, alguien podría decir, y si al otro día se encuentra la cura contra ésta enfermedad?
- Podrían aumentar el número de eliminaciones a débiles y personas subnormales, así mismo, aumentarían las presiones sobre el ejecutante (médico?) del acto por parte de la familia.
- Los mismos ejecutantes podrían ser tomados como verdugos, lo que puede implicar en una sociedad como la nuestra, una pérdida de confianza en la persona tratante de mi enfermedad
- Podrían aumentar el número de homicidios con máscara de eutanasia, con el sólo fin de cobrar jugosas herencias

- Podría aplicarse la eutanasia sólo para surtir el jugoso negocio del tráfico de órganos, lo que muestra que podrían haber intereses económicos y políticos tras su aprobación.
- Podrían disminuir los recursos destinados a la cura de una enfermedad, ya que podría salir más económico dejar morir a las personas y con ello se disminuye así mismo, el esfuerzo de investigación en la medicina.
- Se puede perder la esperanza de vivir, si como viejos las personas son dejadas de lado, aisladas en asilos, como enfermos pueden ser eliminados simplemente.
- Deber cívico de permanecer vivo
- La decisión que conlleve al acto, es del todo irreversible.

2.3 Doctrina de la Iglesia Católica

Al mencionar la Iglesia Católica se debe tener en cuenta que ésta ha tenido su propio desarrollo a través de la historia. Para este trabajo resulta muy importante estudiar la visión del catolicismo en la actualidad de acuerdo con la delimitación del tema ofrecida en el plan de investigación.

Para entender el pensamiento de la Iglesia Católica en el presente resulta necesario acceder a las publicaciones oficiales que han sido editadas y difundidas por la propia iglesia para evitar sustentar el estudio en opiniones personales; de esa cuenta se ha escogido únicamente documentos emitidos por el vaticano o que recopilan la opinión de sus altas jerarquías.

Ahora bien, es oportuno afirmar que la iglesia católica ha sostenido con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir que se facilite, al que denomina un gesto homicida, para sí mismo o para otros; nadie puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad. Lo anterior tomando en cuenta las publicaciones de la iglesia respecto al tema, pero mas específicamente debemos entender, cuando se estudia el pensamiento de la iglesia católica, el Nuevo Catecismo.

El nuevo catecismo de la iglesia católica se encuentra vigente y fue reafirmado por Juan Pablo Segundo quien al respecto expuso: “Conserva aún hoy su realidad de don privilegiado, puesto a disposición de toda la Iglesia Católica, y también ofrecido a todo hombre que nos pida razón de la esperanza que hay en nosotros y que quiera conocer lo que cree la iglesia católica”²³

En ese orden de ideas encontramos en el Nuevo Catecismo de la Iglesia Católica la síntesis del pensamiento oficial del vaticano con respecto a la eutanasia y para reforzar la presente investigación se elaboró un cuadro que reúne las partes conducentes al tema de la eutanasia.

La eutanasia en el Nuevo Catecismo de la Iglesia Católica. 2276. Aquéllos cuya vida se

²³ Juan Pablo II. **Discurso a los participantes en el congreso internacional de catequesis**. Roma 8-11 de Octubre de 2002.

encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida tan normal como sea posible.

2277. Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida que se ha de rechazar y excluir siempre.

2278. La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el "encarnizamiento terapéutico". Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

2279. Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos

constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados.

2.4 Puntos de referencia de la iglesia protestante

La iglesia protestante es diversa y propensa a interpretaciones debido a su múltiple advenimiento de líderes dotados de carisma y profunda influencia en los fieles, por lo que resulta complicado destacar una postura oficial de esta corriente cristiana; por ello este sub-título se denominó solamente puntos de referencia, porque con esto se pretende hacer un acercamiento a diferentes posturas dentro de la misma iglesia protestante, sin pretender afirmar que es una postura oficial o uniforme.

En ese sentido podemos citar por ejemplo al presidente del Consejo de la Iglesia Evangélica quien sobre el tema expresó: "Con la resurrección de Jesús, los cristianos celebran la victoria sobre la muerte. Ello significa que la vida no debe ser prolongada innecesariamente, pero también significa que el ser humano no puede disponer arbitrariamente de la vida, ni al comienzo ni al final. La vida, con sus límites, es un don divino. Por ello nos negamos a la eutanasia, es decir a la muerte provocada conscientemente. La fe cristiana en la resurrección de Jesucristo ayuda a aceptar la caducidad de nuestra vida y a permitir la muerte cuando llega la hora"²⁴.

En la declaración final de "Los evangélicos y la Vida" realizada en las segundas jornadas

²⁴ Wolfgang Huber, **La eutanasia y las religiones** Revista electrónica Fe y Vida.

de bioética en Madrid, en el año 2000, el apartado relacionado a la eutanasia y el final de la vida se menciona:

1.- Toda persona tiene derecho al cuidado integral hasta el momento de la muerte, y que ésta sea digna. Estamos a favor de la llamada eutanasia pasiva, en el sentido de evitar el encarnizamiento terapéutico, producido frecuentemente por presiones sociales, sentimientos de culpabilidad de los familiares y actuación médica movida por la autoprotección legal y la rutina.

2.- Aceptamos también el uso de medicamentos indispensables para mitigar el dolor en pacientes terminales, aunque su uso suponga indirectamente, sin ser éste el propósito, provocar o acelerar la muerte del paciente. Sin embargo, nos mostramos claramente contrarios a la eutanasia activa y al suicidio en sus diferentes formas.

3.- Estamos convencidos de que la práctica de la eutanasia activa, además de las connotaciones éticas, crea un clima de angustiosa inseguridad alrededor del paciente (en especial, del anciano), que se puede ver desamparado ante situaciones de enfermedad en las que precise el máximo apoyo y confianza en su entorno familiar y sanitario.

4- Como evangélicos o protestantes proponemos:

-Potenciar la asistencia psicológica y espiritual al anciano y al moribundo.

-Ayudar a descubrir que el sufrimiento, una vez que es inevitable, no es absurdo ni estéril, sino que tiene un valor pedagógico insustituible desde el punto de vista existencial y

-Potenciar las Unidades de Cuidados paliativos (originalmente creadas por cristianos

evangélicos o protestantes) y que son un paradigma de auténtica eutanasia, "buen morir".

Las posturas anteriores confirmar la percepción humanitaria de las iglesias cristianas protestantes o evangélicas que pese a su desacuerdo en cuanto a la inducción de la muerte aún en procesos de dolor y sufrimiento proponen una exhaustiva práctica medica dedicada a la asistencia del paciente en fase terminal.

2.5 Postura científica

La ciencia como tal ha intentado mantenerse al margen de la moral o la ética, sin embargo el ser humano como ente integral no puede alejarse de estos preceptos o inquietudes que moldean su comportamiento cotidiano, sus opiniones trascendentales, posturas políticas y sentimientos religiosos; por ello en este capítulo se recurre a los debates filosófico-científicos que se ha desarrollado con referente al tema de la eutanasia.

Para comenzar se abordará el tema desde la perspectiva médica por considerarse al galeno o galena, unos de los principales actores en el momento de la "buena Muerte" y son quienes, con autorización del paciente o sus familiares realizan la acción que lleva a la muerte. Son el último vínculo terrenal entre el paciente, la vida y la muerte.

2.5.1 Argumentos médicos

Como referencia al pensamiento de los profesionales de la medicina, pensamiento que

sin duda es variado y permeado por las concepciones teológicas de cada médico, se estudia la Declaración de Venecia de la Asociación Mundial de Enfermedades Terminales para tener un instrumento que tenga el carácter gremial que permita una referencia universal que trascienda el criterio personal de cada médico.

Del estudio de esta declaración se entiende que cuando el diagnóstico médico de un paciente excluye la esperanza de reponer o mantener su salud y su muerte es inevitable, con frecuencia el médico y el paciente se ven enfrentados a un conjunto de decisiones complejas relativas a las intervenciones médicas.

Los avances de la ciencia médica han aumentado la capacidad de abordar muchos problemas asociados con la atención médica del término de la vida. Aunque se debe prestar más atención a desarrollar tratamientos paliativos y mejorar la capacidad del médico para evaluar y abordar los aspectos médicos y psicológicos de los síntomas de una enfermedad terminal, la fase de muerte debe ser reconocida y respetada como una parte importante en la vida de una persona.

La Asociación Médica Mundial reconoce que las actitudes y creencias sobre la muerte y el morir varían mucho según la cultura y la religión. Además, muchas medidas paliativas y para mantener la vida necesitan tecnologías o recursos económicos que simplemente no están disponibles en muchos lugares y capacidades económicas de la familia del paciente. El enfoque de la atención médica para los enfermos terminales se ve muy influenciado por estos factores, por lo que intentar formular normas detalladas sobre la atención terminal que puedan ser aplicadas de manera universal no es práctico ni

sensato. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial presenta los siguientes principios de base para ayudar a los médicos y las asociaciones médicas nacionales a tomar decisiones relativas a la atención en fase terminal.

La medicina no se opone al cese del tratamiento cuando sólo sirve para prolongar la muerte, ni al uso de ciertas medidas para aliviar el sufrimiento, aunque tengan como inevitable consecuencia abreviar la vida. En el Código de Deontología Médica se afirma: "El médico está obligado a poner los medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos. No provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo, la familia, o ambos, lo soliciten, ni por otras exigencias [...] En caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando haya la evidencia de que estas medidas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte. Debe evitarse toda obstinación terapéutica inútil. El médico favorecerá y velará por el derecho a una muerte acorde con el respeto a los valores de la condición humana"²⁵.

Por tal motivo, la muerte deliberada nunca podrá ser considerada como un remedio médico de ninguna situación clínica. En otras palabras, la eutanasia es una actividad que no congenia con el propio ser de la medicina; mas bien todo lo contrario: los médicos consideran que la ciencia que practican está al servicio de la vida y no de la muerte; en la Declaración sobre la Eutanasia, promulgada en 1987 por la Asociación Médica Mundial dice: "La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea

²⁵ **Código de Deontología Médica.** Capítulo XVII art.116; 117.

por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”²⁶.

La Comisión Central de Deontología de España en su Declaración sobre la Eutanasia de 1989 indica: "En los medios de opinión se emplean con frecuencia las expresiones - ayudar a morir- o -muerte digna-. Tales expresiones son confusas, pues, aunque tienen una apariencia aceptable, esconden con frecuencia actitudes contrarias a la ética médica y tienden a borrar la frontera que debe separar la asistencia médica al moribundo de la eutanasia. La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales del médico, mientras que la eutanasia es la destrucción deliberada de una vida humana que, aunque se realizara a petición de la víctima o por motivos de piedad en el que la ejecutara, no deja de ser un crimen que repugna profundamente a la vocación médica sincera”²⁷.

También existen argumentos médicos que son reflejo de la práctica de la medicina y la relación de los profesionales con los pacientes y sus familiares. En el presente trabajo de tesis se incluye un resumen que es sintetizado de la revista *Ars Médica*²⁸ y en el cual se observó un detallado ejercicio de recopilación de opiniones y políticas de quienes ejercen la medicina. Se incluye un síntesis de los argumentos a favor de la eutanasia que pueden ser esgrimidos generalmente por quienes viven el dolor y sufrimiento de pacientes terminales y sus seres queridos.

²⁶ García Tiñaque, Marco Antonio. “**Bioética y eutanasia**”. Pág. 12

²⁷ **Ibid.** Pág. 32

²⁸ Revista *ars médica*. **La eutanasia y sus argumentos**. Pág. 12

- El argumento de la pobre calidad de vida

Aquellos que defienden la eutanasia, argumentan que en algunas circunstancias vivir es peor que morir, ya que el dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad terminal pueden hacer la vida tan agonizante y difícil de llevar que la muerte puede parecer un "acto humanitario" y se considera racional que el médico ayude al suicidio como una forma de morir con dignidad. Para el enfermo terminal, el sufrimiento puede ir más allá del dolor como resultado de las condiciones en que se encuentra y hacen su vida insoportable, como por ejemplo: la progresiva pérdida de movimiento y actividad, la pérdida de libertad asociada con la dependencia de otros, molestias físicas como náuseas, vómitos o diarrea, la incapacidad de tragar o de hablar, el miedo a morir, la incontinencia, la debilidad, la pérdida de la dignidad personal, la pérdida de las facultades mentales. La vida pierde toda calidad y significado, de forma que la muerte es preferible.

- El argumento del respeto de la autonomía del enfermo

Los defensores de la eutanasia consideran que el respeto por la autonomía de las personas requiere el reconocer su derecho a decidir cómo vivir sus vidas. Esto incluye el proceso de la muerte y la habilidad de elegir el destino propio. De tal forma que se propone el derecho de evitar el sufrimiento intolerable ejerciendo un control sobre la forma de morir. Lo que está en juego es ser libre para tomar responsabilidades sobre la propia vida, parte de la cual la constituye la muerte. Cada persona tiene un nivel de tolerancia para el sufrimiento y por tanto no existe una respuesta objetiva que se pueda aplicar a todos acerca de cuándo la vida se hace insoportable. Por ello es necesario que

el paciente se manifieste ejerciendo su autonomía. Algunos autores creen que existe el derecho a cometer suicidio y que no debe haber restricciones irrazonables sobre la forma en que uno puede ejercer este derecho. El Estado no tendría derecho a privar al paciente de su libertad de quitarse la vida. El derecho del paciente a la autodeterminación ha sido un argumento central en favor de la eutanasia, la dificultad que afronta la medicina en este caso es que aunado a este derecho se asume, que esto implica el derecho del paciente a pedir que otra persona intervenga en su ayuda para procurar la muerte. Un enfermo terminal puede no ser capaz físicamente por sí solo de ejercitar la opción del suicidio. Se considera que los enfermos terminales serían discriminados a causa de su incapacidad, ya que las personas con capacidad física sí tendrían la opción.

- El argumento del principio de beneficencia o tener compasión por el que sufre.

El médico actúa bajo el principio de beneficencia para aliviar el dolor y el sufrimiento de pacientes terminales. Bajo esta forma de pensar, la eutanasia es considerada un acto virtuoso. El no abandonar al enfermo ha sido parte del cuidado tradicional ejercido por el médico. Se juzga que el que el médico asista al enfermo en su suicidio es una forma de ejercer el principio ético de no abandonarlo. Hoy día, los médicos son considerados los candidatos lógicos para buscar ayuda en el morir, ya que para muchos enfermos terminales el asistir en la muerte es considerado como una extensión del rol del médico de aliviar el sufrimiento y como una forma de ejercer su cuidado, consistente con la profesión.

- El argumento de la experiencia positiva de la aceptación de la eutanasia en

Holanda.

Las personas en general y la profesión médica en ese país considera positiva la despenalización de la eutanasia, de forma que ningún médico que siga ciertas líneas puede ser penalizado por la justicia por cometer un acto eutanásico. Estas líneas son: el enfermo tiene que ser competente y pedir voluntariamente la muerte después de haber sido aconsejado; su sufrimiento tiene que ser insoportable, no puede haber forma de hacérselo soportable al enfermo, y el juicio del médico con respecto al diagnóstico y el pronóstico debe ser confirmado por otro médico.

- El argumento de la disminución del estigma de culpa asociado al suicidio.

El estigma público asociado al suicidio ha disminuido en los últimos tiempos. En muchas jurisdicciones el suicidio o el intento de suicidio es un acto que no está penalizado. Los estudios de investigación demuestran que la mayor parte de los suicidios resultan de enfermedades mentales transitorias, generalmente la depresión. Sin embargo, se argumenta que la razón por la que los enfermos terminales desean acortar el proceso de la muerte es terminar con su sufrimiento. Esto hace surgir el concepto de suicidio racional.

- El argumento de la no diferencia moral entre matar y dejar morir.

La distinción entre eutanasia "pasiva" y "activa" ha sido criticada por depender de concepciones de causación que son consideradas problemáticas y que se basan en la

creencia de que la diferencia entre matar y dejar morir es relevante moralmente. El discontinuar las medidas de soporte vital y la eutanasia voluntaria activa son similares bajo el punto de vista del paciente en que su deseo fundamental es una muerte más rápida y más confortable. Son también moralmente similares en que ambas son hechas con la intención de acabar con la vida. Se argumenta que la intención es moralmente irrelevante en la evaluación de la moralidad de la acción. Por ejemplo, en el caso de dejar de alimentar artificialmente a un enfermo en coma, claramente se atenta contra su vida con la intención de acabarla, ya que la persona moriría de hambre. En el caso de discontinuar mecanismos de soporte vital y permitir que el enfermo muera, esto ocasiona días o semanas de sufrimiento. Bajo esta forma de pensar, la eutanasia activa parece ser preferible moralmente. Para algunos, discontinuar la ventilación mecánica no puede ser considerado negarse a recibir un tratamiento, sino una petición de procurarse la muerte. Para Patrick Hopkins²⁹ no existe una diferencia moral intrínseca que sea esencial entre una máquina que sustituya funciones orgánicas y órganos naturales del cuerpo; así que omitir un tratamiento, en que intervenga una de estas máquinas es una forma de matar, ya que priva a la persona de un órgano que puede solamente funcionar con la ayuda de una máquina o de tecnología médica y, por tanto, necesitamos poner a un lado nuestros prejuicios en contra de lo artificial y extender la opción de la buena muerte (eutanasia activa) a aquellos que han sido atrapados por la naturaleza al encontrarse en estado terminal. Si nuestra sociedad ha sido capaz de reconocer que la vida puede ser lo suficientemente irresistible bajo tratamientos de sostenimiento vital, tales como la ventilación mecánica o las máquinas de diálisis, y que estas intervenciones médicas pueden ser discontinuadas o abstenerse de ellas (lo que algunos llaman eutanasia

²⁹ Hopkins, Pouk. **Por qué retirar las máquinas es una eutanasia pasiva.** Pág. 27.

pasiva), entonces también la vida puede ser lo suficientemente irresistible como para justificar la eutanasia activa.

- El argumento de que el principio del doble efecto es una forma de eutanasia activa.

A los médicos se les permite dar dosis en aumento de narcóticos cuando el dolor es severo o al menos se presume, siempre que la intención sea aliviar el sufrimiento, a sabiendas de que estas drogas pueden afectar la respiración y acelerar la muerte. Se argumenta que si la muerte de la persona que desea morir no es un mal que se inflige a la misma, entonces la doctrina del doble efecto no tiene relevancia para la permisividad de la eutanasia voluntaria.

- El argumento del deber de no imponer cargas pesadas a los parientes y seres queridos.

La medicina moderna nos permite sobrevivir por mucho más tiempo del que podemos cuidarnos a nosotros mismos, existe un deber o responsabilidad de morir en consideración a los seres queridos, en quienes recae el peso económico, para no imponerles cargas pesadas. En una sociedad en que la disponibilidad de recursos para la práctica médica se halla muy restringida, puede no ser ético el embarcarse en tratamientos extremadamente caros para enfermos terminales. David Thomasma considera: “que podría llegarse a considerar ético el pedir suicidio asistido o eutanasia por amor a los parientes cercanos, considerando que en la doctrina cristiana hay instancias en que matar está justificado y a que se puede considerar que la aceptación de

Cristo de la cruz, o la aceptación de la muerte de los mártires, es un acto equivalente al suicidio, ya que pudiendo evitar la muerte, la aceptaron, donando su vida por los demás”³⁰.

En general podemos concluir que el dilema ético del médico ante el dolor y sufrimiento del paciente y sus familiares se debate entre continuar con el tratamiento para procurar la vida hasta sus últimas instancias o terminar con la agonía, evitando el sufrimiento, ya sea administrando medicamentos que aceleran su muerte o suspendiendo tratamientos cuando estos ya no pueden aportar la esperanza de una recuperación.

2.5.2 Ciencias sociales

La argumentación a favor de la dignidad de todos sea hombre o mujer, que se encuentra en el límite de la vida y la muerte, ha sido objeto de estudio por parte de las ciencias sociales.

Un expositor de estas ideas es Poul Ramsey quien refiriéndose a las posibilidades del concepto "morir con dignidad", como ideal y como derecho, y admitiendo que la pérdida de dignidad humana llega siempre después de la muerte, argumenta contra la idea de que haya una dignidad intrínseca en la muerte y el morir de la persona, pues tanto como el cese de la vida corporal, como del ser afirma: “el humanismo verdadero va unido al temor de la muerte. Es mejor aceptar la indignidad de la muerte que tratar de dignificarla, pues siempre cuidaremos mejor de los moribundos si, además de aliviarles del dolor y del

³⁰ Thomasma, David. **Morir por otros**. Pág. 27.

sufrimiento, reconocemos que la muerte es un duelo que ningún recurso al alcance del hombre es capaz de aliviar”³¹.

En contraposición a lo manifestado por Ramsey, Lauren Kass propone la noción de dignidad lo siguiente: “Es necesario apreciar, mediante la lectura directa, la templada fuerza dialéctica de sus argumentos contra las pretensiones de los promotores de la eutanasia, cuando evalúa el riesgo de soberbia de la tecnología médica moderna, la tentación de poner fin tecnológico al fracaso de la muerte agresivamente, y de la necesidad de acomodarse a convivir con la idea de mortalidad y finitud. Arguye con vigor en favor de que, en presencia de la enfermedad incurable y terminal, permanece siempre un residuo de plenitud humana que, por precario que parezca, ha de ser cuidado. Si queremos oponernos a la marea creciente que, empujada por la mentalidad pro-eutanasia y la ética de la libre elección, amenaza con sumergir las mejores esperanzas de dignidad humana, hemos de aprender que la finitud humana no es ninguna desgracia y que la dignidad del hombre ha de ser atendida y cuidada hasta el final”³².

En tiempos más recientes, no han cesado de aparecer análisis y profundizaciones del concepto morir con dignidad. Son muchos los que tratan de arrebatarlo de las manos de los promotores de la eutanasia que han tratado de apropiarse su uso en exclusiva.

Entre esos análisis, merece la pena citar dos: “La dignidad humana no es algo subjetivo: nadie puede incrementar, disminuir o aniquilar a capricho su propia dignidad, y tampoco

³¹ Ramsey, Poul **La dignidad de morir**. Pág. 47.

³² Kass, Lauren. **Estudio sobre la dignidad de la muerte**. Pág. 67.

puede hacerlo con la dignidad de otro. Y lo mismo pasa con la enfermedad y el morir: pueden humillar, disminuir la autoestima, avergonzar e, incluso, crear un sentimiento de indignidad. Pero esos asaltos no acaban con ella, no la merman: nos perturban precisamente porque ponen en el tapete el problema de si la vida humana tiene significado y valor, tiene dignidad”³³.

En el mismo sentido Sigmund Stolberg manifiesta: En efecto, decir que la dignidad humana puede disminuir o perderse a causa de la enfermedad y el sufrimiento equivale a decir que la dignidad humana depende de la capacidad de controlar cosas incontrolables como son el envejecimiento, la minusvalía o la enfermedad terminal. La idea de considerar los fenómenos naturales como degradantes o demoledores de la dignidad humana se basa en el falso dualismo que presenta como antagónicas dignidad y naturaleza, que convierte lo natural en enemigo y destructor de lo propiamente humano. Eso equivale a identificar dignidad con bienestar fisiológico o, incluso, con la integridad psíquica que hace posible el ejercicio pleno de la racionalidad, la autonomía o la autoconciencia”³⁴.

2.5.3 Consideraciones sobre Derechos Humanos y eutanasia

Una posible forma de enfrentarnos a este problema, es proclamar la irrenunciabilidad de los Derechos Humanos. Así, cualquiera que fuera el caso, aunque la persona no hubiera manifestado su opción por la vida, tendría un derecho a la vida que le obligaría a vivir. En

³³ Sulmassy, Dian. **Death and human dignity** Pág. 27

³⁴ Stolberg, Sigmund. **Dignidad humana dolor y sufrimiento**. Pág. 144.

el caso de un recién nacido con espina bífida por ejemplo, no sería razón para matarle el que se considerara que iba a llevar una vida indigna. En este caso, el niño sería titular de un derecho absoluto a la vida y ni los padres, ni los médicos, ni ninguna otra persona podría provocarle la muerte. No es este el caso de los enfermos terminales quienes ya han experimentado la vida y tienen conciencia para decidir sobre la agonía o la muerte.

El estudio se complica cuando nos enfrentamos a casos de personas que están sufriendo indescriptiblemente y tanto ellos mismos, como sus familiares o médicos consideran que es más adecuada una muerte rápida y sin dolor que una larga agonía. Afirmar aquí el derecho irrenunciable a la vida frente a la eutanasia supone que nadie puede hacer nada para acortar su vida y hay que esperar a que la persona muera por sí sola. Y supone sobre todo la paradoja de que la persona es titular de un derecho que le obliga a hacer algo que ella no quiere hacer, que es vivir.

Si para soslayar esta incongruencia aceptamos la renunciabilidad del derecho a la vida, se nos plantean otros problemas no menos graves: en el caso de personas que no pueden renunciar a vivir, ¿quién toma las decisiones?, cómo justificar que una persona renuncie al derecho personalísimo de un tercero.

CAPÍTULO III

3. Legislación nacional e internacional relacionada a la eutanasia

Esta fase de la investigación representa la parte más técnica jurídica de la misma, en esta se pretende abordar el problema desde la perspectiva legal, teniendo en consideración que es un tema de importancia mundial y humanitaria, resulta necesario estudiar la legislación nacional como internacional a fin de conocer el verdadero marco jurídico que puede ser invocado en Guatemala.

3.1 Legislación nacional

La legislación nacional es el ordenamiento jurídico vigente que rige la vida de los habitantes del país, se estudia la constitución política de la república y demás leyes que tengan relación directa o indirecta con la aplicación de la eutanasia.

3.1.1. Constitución Política de la República de Guatemala

En Guatemala el derecho a la vida está garantizado en la Constitución Política de la República, y debido a la importancia del mismo se encuentra como el primero de los derechos individuales inherentes a la persona humana que son garantizados por la carta magna.

Puntualmente se encuentra en el Artículo 3, el cual textualmente dice lo siguiente:

ARTÍCULO 3. Derecho a la vida. El estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

3.1.2 Derecho penal guatemalteco

Desde la perspectiva del derecho penal guatemalteco se estudia la eutanasia integrando e interpretando artículos, ya que la eutanasia como tal no está regulada, tampoco el suicidio asistido u otras variantes relacionadas a la muerte por voluntad propia del paciente. La referencia más cercana que encontramos en el código penal es el de la inducción o ayuda al suicidio que se encuentra regulado en el artículo 128 y que indica: quien indujere a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, si ocurriere la muerte se le impondrá una prisión de cinco a quince años.

Al analizar el artículo anterior es fácil observar que prohíbe la eutanasia activa, ya que en esta, el médico tratante facilita los medios para que el paciente muera, incluso ejecuta los actos propios del delito que pueden llegar a tipificarse como homicidio, ya que es el propio galeno quien está ejecutando la acción. Sin embargo, esta prohibición penal no incluye la eutanasia pasiva, pues al suspender un tratamiento sea por voluntad de los pacientes o sus familiares, no se está dando la muerte, sino mas bien omitiendo la ayuda para prolongar la vida. Esta última acción podría encuadrarse como negligencia médica, sin embargo ese tipo penal tampoco está regulado en el ordenamiento penal vigente.

Si bien es cierto, el médico está obligado a sostener la vida de un paciente hasta sus últimas consecuencias, esta actitud resulta inútil cuando se tiene la certeza clínica de que

el paciente no puede vivir y sobre todo si es un criterio compartido con por lo menos dos colegas especialistas.

En ese orden de ideas, la omisión de auxilio profesional, o negligencia médica que puede percibirse al desconectar aparatos o suspender tratamientos no es justificable legalmente; y solo puede sostenerse como un acto de fe de médicos o familiares que permanecen a la espera de un milagro.

En este punto, la responsabilidad penal de los médicos se encuentra poco definida ya que su labor humana llega hasta la expectativa científica de devolver la vida y la salud del paciente.

Ante la eminencia de la muerte, el médico tratante incurriría en negligencia si por descuido o negligencia, permite que el paciente afronte graves procesos de dolor y sufrimiento; por ello la comunidad internacional se ha manifestado a favor de los tratamientos paliativos de tipo exhaustivo. En este sentido la legislación penal guatemalteca tampoco impone sanciones al médico que permite el dolor y sufrimiento de sus pacientes en proceso de muerte, lo que en todo caso atenta contra la dignidad humana, mas no con las leyes penales. La última posibilidad a evaluar en cuanto a la acción del médico dentro de la legislación penal vigente en Guatemala, es la posibilidad de que se contemple la omisión de tratamientos médicos para salvar la vida, como una causa de inculpabilidad, siempre y cuando el médico se esmere en el tratamiento paliativo a fin de que el paciente llegue a la muerte con el menor dolor, el menor sufrimiento pero con el mayor uso de su conciencia a fin de que pueda aceptar apoyo

psicológico, familiar y orientación espiritual.

3.2 Legislación internacional

En esta parte de la investigación incluimos cuatro derechos fundamentales que son reconocidos como derechos humanos y que integrados conforman el marco jurídico internacional de la eutanasia y estos son, el derecho a la vida, el derecho a la salud, la dignidad y la libertad.

3.2.1 El derecho a la vida en tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos

Las referencias al derecho a la vida en los cuerpos jurídicos más importantes de derechos humanos permiten un acercamiento a este derecho fundamental desde la comunidad internacional.

Con este estudio se pretende ver el derecho a la vida para contrastarlo con la eutanasia como el final de la vida. No existe una referencia precisa entre este derecho y la eutanasia, sin embargo para entender la eutanasia desde un punto de vista jurídico debe entenderse la vida como el bien jurídico tutelado y más que ello, como un derecho natural e inherente a los seres humanos.

1. Declaración universal de derechos humanos (París, a 10 de diciembre de 1948).

Preámbulo: "...CONSIDERANDO que los estados miembros se han comprometido a

asegurar, en cooperación con la organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre; y, CONSIDERANDO que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para al pleno cumplimiento de dicho compromiso...

Artículo 3: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

2. Pacto Internacional de derechos civiles y políticos. Nueva York, 16 de diciembre de 1966. Parte III, Art. 1: "El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente".

3. Convención europea de salvaguardia de los derechos del Hombre de las Libertades Fundamentales. Título I, Art. 2.1: "El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley. La muerte no puede ser infringida intencionalmente a nadie, salvo en ejecución de una sentencia de pena capital pronunciada por un tribunal en el caso de que el delito está castigado con esta pena por la ley".

4. Carta de las naciones unidas. Preámbulo: "Nosotros, los pueblos de las Naciones Unidas, decididos... a reafirmar la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad, la vida y valor de la persona humana, en..."

5. Acta final de Helsinki Punto VII: "Los Estados participantes respetarán los derechos humanos y las libertades de todos... Los Estados participantes reconocen el valor

universal de los derechos humanos y de las libertades fundamentales como la vida, la libertad, la igualdad y la justicia..."

6. Declaración de los Derechos del Niño Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1959. Preámbulo: "CONSIDERANDO que el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".

3.2.2 El derecho a la dignidad en tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos.

El concepto de dignidad está estrechamente relacionado con los derechos humanos, puede encontrarse en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 1 y 22 dice:

Artículo 1. "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros."

Artículo 22. "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad."

Se entiende por lo tanto que la sociedad que se quiere construir es aquella en la que se mantenga la igualdad de la dignidad de todas las personas, independientemente de su diversidad cultural, ideológica y política, adoptando en ella las medidas necesarias para satisfacer los derechos individuales y colectivos.

La concepción de dignidad de los estoicos, considera ésta como algo que debe conquistarse y que debe reconocerse sólo a los que alcanzan la condición de ser independiente. Es la posición también adoptada por el derecho romano, que reduce la categoría de los sujetos de derechos a los sui iuris.

Kant fundamenta la dignidad en la libertad entendida como autonomía, como capacidad moral de elección, como expresión de la autoconciencia. La dignidad personal está necesariamente unida a la presencia de la autoconciencia, y autonomía, negando, por tanto, carácter personal al resto de realidades humanas, no caracterizadas por la autoconciencia y autonomía.

3.2.3 El derecho a la libertad en convenios internacionales de derechos humanos

El concepto de libertad se ha ido muy importante a lo largo de la historia, con el tiempo pasamos de los imperios esclavistas a las democracias participativas. En el estudio de los derechos humanos, al menos tres son los significados de la palabra libertad que se deben tener en cuenta.

El primer sentido que se atribuye al concepto de libertad es que todo ser humano debe

contar con una esfera de actividad personal protegida contra la ingerencia de todo poder externo, en especial el poder estatal. Un claro ejemplo es el derecho a la libertad de conciencia y de religión que viene asignado al ámbito de la conciencia individual. Esta definición de libertad es denominada “libertad negativa” y opera en la aplicación de los derechos de libertad mas conocidos como derechos civiles, orientados a limitar el poder del Estado y a reservar al individuo o a los grupos particulares una esfera de libertad del Estado. En síntesis esta forma de libertad se caracteriza por el rol abstencionista que juega el Estado con el propósito de garantizar el libre ejercicio de los derechos que pertenecen a esta categoría.

El segundo sentido, es que todo ser humano debe participar de manera directa o indirecta en la formación de las normas que regularán después su conducta en aquella esfera que no esta reservada al exclusivo dominio de su jurisdicción individual. Se trata de la llamada “libertad política” que opera en la aplicación de los derechos políticos, derechos vinculados con la facultad que el individuo tiene de participar en el gobierno, directamente o por medio de representantes; nos referimos al derecho a elegir y ser elegido y todos sus derechos conexos. Esta categoría de derechos exige la libertad en el Estado. Su formulación ha respondido a la necesidad de ampliar los horizontes de la libertad negativa hacia una participación activa de los miembros de la comunidad en el poder político.

Por último, el tercer sentido del concepto de libertad es que todo ser humano debe tener la posibilidad de traducir en comportamientos concretos los comportamientos abstractos

previstos en las normas constitucionales que otorgan una serie de derechos. En consecuencia debe poseer bienes suficientes que le permitan una vida digna. Nos referimos a la llamada “libertad positiva”, que opera en la aplicación de los derechos sociales. Esta clase de derechos se caracteriza por exigir un comportamiento activo y promotor por parte del Estado, imponiéndole una serie de obligaciones para lograr el bienestar y la igualdad no solo formal sino material de los seres humanos. Se trata de derechos que proclaman libertades a través o por medio del Estado.

Como se puede apreciar, los derechos civiles, políticos y sociales constituyen categorías de derechos que operan en función de tres conceptos distintos de libertad. Los primeros exigen que el Estado se abstenga de participar en las actividades de los individuos, los segundos reclaman el derecho de los individuos a participar en la formación de la llamada voluntad general a través del Estado y los terceros requieren del protagonismo estatal para poder satisfacer algunas exigencias fundamentales de la vida material y espiritual sin las cuales la primera libertad estaría vacía y la segunda sería estéril.

La diferencia de los tres conceptos de libertad que se aplican en las diversas categorías de derechos humanos resulta vital para entender la actuación del Estado frente a los derechos civiles, entre ellos, el derecho a la libertad de conciencia y de religión que nos ocupa en esta oportunidad.

3.2.4 Aplicación del derecho internacional en relación a la eutanasia

Código Internacional de Ética Médica (1949). Deberes de los médicos hacia los

enfermos. El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana desde el momento de la concepción. El médico debe a su paciente todos los recursos de su ciencia y toda su devoción.

El médico debe proporcionar el cuidado médico en caso de urgencia, como un deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden brindar tal cuidado.

Declaración de Sydney. Postulado sobre la muerte. adoptado por la 22^a asamblea médica mundial. Sydney. Australia.

1. La determinación del momento de la muerte, en la mayoría de los países, es responsabilidad del médico y así debe seguir siendo. Por lo general el médico podrá, sin ayuda especial, determinar la muerte de una persona utilizando los criterios clásicos conocidos por todo médico.

2. Sin embargo, dos modernos avances de la medicina han hecho necesario un estudio más detenido de la cuestión relativa al momento de la muerte: a) la habilidad de mantener por medios artificiales la circulación de sangre oxigenada a través de los tejidos del cuerpo que pueden haber sido irreversiblemente dañados, y b) el uso de órganos de un cadáver, tales como el corazón y los riñones, para trasplante.

3. Una complicación es que la muerte es un proceso gradual a nivel celular, variando la capacidad de los tejidos para resistir la privación del oxígeno. No obstante, el interés clínico no reside en el estado de conservación de células aisladas sino en el destino de

una persona. A este respecto, el momento de la muerte de diferentes células y órganos no es tan importante como la certeza de que el proceso se ha hecho irreversible, cualesquiera que sean las técnicas de resucitación que puedan ser empleadas.

4. Es esencial determinar la cesación irreversible de todas las funciones, de todo el cerebro, incluido el bulbo raquídeo. Esta determinación se basará en un juicio clínico suplementado, si es necesario, por un número de medios de diagnóstico. Sin embargo, ningún criterio tecnológico es totalmente satisfactorio en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede sustituir el juicio general del médico. En el caso del trasplante de un órgano, el estado de muerte debe ser determinado por dos o más médicos, los cuales no deben estar conectados o pertenecer al equipo que realiza el trasplante.

5. La determinación del estado de muerte de una persona permite, desde el punto de vista ético, suspender los intentos de resucitación y, en aquellos países donde la ley lo permite, extraer órganos del cadáver siempre que se hayan cumplido los requisitos legales vigentes de consentimiento.

Declaración de Venecia sobre la Enfermedad Terminal. Adoptada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983.

- El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes.

- No habrá ninguna excepción a este principio aún en caso de enfermedad incurable o de malformación.

- Este principio no excluye la aplicación de las reglas siguientes:

- El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente, o de su familia inmediata en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad.

- El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente. El médico puede, cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con las leyes del país, o en virtud del consentimiento formal otorgado por la persona responsable, y a condición de que la certificación de la muerte, o de la irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor. Estos medios artificiales no serán pagados por el donante o sus familiares. Los médicos del donante deben ser totalmente independientes de los médicos que tratan al receptor, y del receptor mismo.

Organización mundial de la salud, Ginebra, 1990, Considera que con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la

eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas de tratamiento paliativos, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia.

Declaración de la asociación médica mundial sobre la atención de pacientes con fuertes dolores crónicos en las enfermedades terminales adoptada por la 42 Asamblea Médica Mundial. Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1990. La atención de pacientes con enfermedades terminales con fuertes dolores crónicos, debe proporcionar un tratamiento que permita a dichos pacientes poner fin a sus vidas con dignidad y motivación. Existen los analgésicos, con o sin opio, y cuando se utilizan debidamente son eficaces calmantes de dolores en los pacientes con enfermedades terminales.

El médico y otro personal que atienda a los pacientes con enfermedades terminales deben entender claramente el funcionamiento del dolor, la farmacología clínica de los analgésicos y las necesidades del paciente, su familia y amigos. También es imperativo que los gobiernos aseguren el suministro de las cantidades médicamente necesarias de analgésicos con opio, para su apropiada aplicación en el control de fuertes dolores crónicos.

Protección de los enfermos en la etapa final de su vida; Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.^{18 18} El texto de esta recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24ª Sesión). Véase el Doc. 8241, informe del comité de asuntos sociales, de salud y familia, opinión del comité de asuntos jurídicos y derechos humanos. La Asamblea Parlamentaria

del Consejo de Europa ha aprobado una recomendación a los 41 Estados miembros sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. El texto aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria. Por otra parte, subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.

La vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella. El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata.

En 1976, en su resolución 613, la asamblea declaró que estaba convencida de que lo que los enfermos terminales quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos. La Recomendación 779 añadió que prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento. Más tarde, la convención europea para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano en relación con la aplicación de la biología y la medicina ha sentado principios importantes y afirmado el camino, aun cuando no se refiera explícitamente a las necesidades específicas de los enfermos terminales o moribundos. La obligación de respetar y

proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida.

CAPÍTULO IV

4. La eutanasia y el derecho comparado

En esta etapa de la investigación se abordará en forma práctica un estudio comparado de las formas como se regula el tema de estudio en diferentes países, clasificados por zonas geográficas.

4.1 Legislación centroamericana (vea anexo a)

4.2 Legislación suramericana (vea anexo b)

4.3 Legislación norteamericana y derecho sajón

En el derecho sajón que es vigente en sociedades influenciadas históricamente por Gran Bretaña y más recientemente por los Estados Unidos de América, tiene fundamental importancia ya que en este ámbito se ha desarrollado abundante debate al respecto de la eutanasia. Para esta investigación se realizará una síntesis cronológica a fin de comprender en términos generales, cuál es la esencia del pensamiento sajón al respecto de la eutanasia.

El estado de Oregon fue el primer lugar del mundo donde se legalizó la eutanasia, en diciembre de 1994, con una ley que entró en vigor en 1997 y que autorizaba a los médicos a prescribir drogas letales a los pacientes en fase terminal con seis meses de

esperanza de vida que lo solicitaran y que se tenían que administrar los propios enfermos.

Dicha ley fue aprobada dos veces en referéndum y ha sido confirmada por la Corte Federal de Apelaciones en el 2004, y por el Tribunal Supremo de Estados Unidos 2006. Desde que entró en vigor ha sido usada en 200 casos de enfermos terminales; según estadísticas del año dos mil seis³⁵.

En el año de 1935, se formó la sociedad de eutanasia de Inglaterra (euthanasia society of england) para promover el concepto de la muerte sin dolor para pacientes con enfermedades incurables. Unos años después, se creó la Sociedad de Eutanasia de Estados Unidos (euthanasia society of america), esencialmente con los mismos objetivos.

Una de las figuras más influyentes en la cultura sajona es Jack Kevorkian, quien ha asistido a muchas personas a suicidarse. Su libro, Medicidio: La bondad de la muerte planificada, promueve sus puntos de vista sobre la eutanasia y describe su máquina de suicidio patentada, que denomina "el Misericordión".

Después de su publicación narró la forma cómo Janet Adkins, de Portland, Oregon, se suicidó en 1990: "Se reunieron para cenar y luego fueron a una camioneta Volkswagen donde esperaba la máquina. Él le colocó un tubo intravenoso en su brazo por donde goteaba una solución salina, hasta que ella oprimió el botón que entregó una primera droga que la dejó inconsciente y luego una droga que la mató. Desde entonces, él ha

³⁵ Revista La crónica de hoy. 6 de abril de 2006. Pág. 2

ayudado a docenas de personas a hacer lo mismo”³⁶.

Alguna de la historia legal al respecto de la eutanasia esta sintetizada en el siguiente extracto que es recogido transcrito a continuación:

Con los años, la opinión pública ha sido influida también por los casos trágicos de varias mujeres consideradas en un "estado vegetativo persistente". La primera fue Karen Ann Quinlan. Sus padres querían apagar el respirador y consiguieron la aprobación de la corte. Sin embargo, cuando se apagó, en 1976, Karen siguió respirando y vivió diez años más. Otro caso fue el de Nancy Cruzan, que fue lesionada en un accidente automovilístico, en 1983. Sus padres fueron a la corte en 1987 para conseguir su aprobación para quitar su tubo de alimentación. Se sucedieron varios casos en los tribunales de Missouri, incluyendo la apelación de los padres que fue oída por la Corte Suprema en 1990. Finalmente, obtuvieron el derecho de quitar el tubo de alimentación, y Nancy Cruzan murió poco tiempo después.

Siete años después del caso Cruzan, la corte suprema tuvo oportunidad de hacer un dictamen nuevamente sobre el tema de la eutanasia. El 26 de junio de 1997, la Corte Suprema rechazó la eutanasia, alegando que las leyes del estado que prohibían el suicidio asistido eran constitucionales. Algunos temieron que estos casos (Glucksburg v. Washington y Vacco v. Quill) se convertirían, para la eutanasia, en lo que fue el caso Roe v. Wade para el aborto. En cambio, los jueces rechazaron el concepto de encontrar un "derecho a morir" constitucional y escogieron no interrumpir el debate político (como

³⁶ Kerby Anderson **La eutanasia**. Pág. 11

ocurrió con Roe v. Wade). En cambio, instaron a que el debate sobre la eutanasia continuara "como debería ocurrir en una sociedad democrática"³⁷.

4.4 Legislación europea

En Europa sólo es permitida la eutanasia en Holanda y Bélgica, pero existen varios países que han legislado a favor de la ayuda a morir sin intervención directa del médico.

4.4.1 Europa central y Europa del norte

Como parte de la investigación documental de esta tesis se encontró información relacionada a la legislación de varios países de Europa central, lo que permite ver el pensamiento de la mayoría de miembros de la comunidad europea; y es la excepción a estos Bélgica, por lo que se excluyó de la tabla que se exhibe a continuación para hacer un pequeño estudio individual.

. Italia

La eutanasia está prohibida, pero la Constitución reconoce el derecho de rechazar cuidados médicos.

.Francia

La eutanasia está prohibida. Desde 2002, la justicia autoriza la interrupción de

³⁷ Ibid. Pág. 71

tratamientos médicos en algunos casos

.Suiza

Un médico puede administrar a un enfermo terminal que desee morir una dosis mortal de un medicamento que tomará el propio enfermo.

.Gran Bretaña

La Ley Leonetti del 22 de abril de 2005 instauró el derecho a dejar morir, sin permitir a los médicos que practiquen la eutanasia

.Alemania y Austria

La eutanasia pasiva, como el hecho de desconectar una máquina, no es ilegal si el paciente da su consentimiento

.España

La eutanasia no está autorizada, pero la ley reconoce el derecho de los enfermos a rechazar cuidados médicos. El Gobierno, tras estudiar legalizar el suicidio asistido, anunció que desestima legislar sobre esta cuestión durante la presente legislatura

.Noruega

Un médico puede decidir no tratar a un paciente terminal a petición de éste o, si el enfermo no puede comunicarse, a petición de sus familiares.

.Dinamarca

Desde finales de 1992, se puede hacer un 'testamento vital' que los médicos deben

respetar.

.Suecia

La eutanasia y el suicidio asistido están considerados por el código penal como homicidios. Según el nuevo código deontológico de los médicos, adoptado en enero, 'la utilización de medios extraordinarios para mantener la vida' puede ser interrumpidos en caso de muerte cerebral o a petición del enfermo, pero en ningún caso puede interrumpirse la hidratación y la alimentación administradas artificialmente

En el caso de Bélgica es importante en Europa porque en este país es posible la eutanasia. La ley belga sobre la eutanasia, que entró en vigor en 2002, permite esta práctica bajo la condición de que el paciente sea mayor de edad, capaz y consciente en el momento de presentar su petición y que padezca "sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, que no pueda ser calmado, causado por una afección accidental o patológica incurable".

Entre los casos de eutanasia declarados, alrededor de un 80 por ciento han sido solicitados por enfermos de cáncer a quienes los médicos les habían pronosticado tan sólo unas semanas o un mes de vida.

De los estudios que pudieron recabarse en la investigación documental que sustenta esta tesis se cuenta con el informe de resultados de la eutanasia en Bélgica que en sus partes conducentes se transcribe: "La mayor parte de los pacientes, de acuerdo con el testimonio de los jefes de Departamento y de los comités éticos, se agarran a la vida a

toda costa. La mayoría de los que expresan el deseo de morir lo hacen por temor al sufrimiento. Pero, controlado el dolor con la ayuda de los médicos, muchos de los que expresaron ese deseo de morir modifican su punto de vista. De ahí que el profesor Cohen sostenga que cuidados paliativos y eutanasia no pueden ser dos opciones equiparadas a un mismo nivel: “Para la inmensa mayoría de pacientes, los cuidados paliativos tienen precedencia sobre la eutanasia”.

En Bélgica, sin embargo, el recurso a la eutanasia está a la orden del día; a menudo no se ofrecen a los pacientes esas otras alternativas existentes.

Desde 2005 varios cientos de farmacias ofrecen “kits de eutanasia” al precio de 60 €: están a disposición de los médicos que los usan para practicar la eutanasia en las casas de sus pacientes³⁸.

4.4.2 Países bajos

El 28 de noviembre del año 2000, el parlamento holandés aprobó una ley que permite la eutanasia y el suicidio con asistencia médica.

La ley de eutanasia de Holanda prohíbe su aplicación en personas menores de 17 años. La ley sobre eutanasia es muy precisa y la persona que quiera acogerse a ella debe cumplir estos requisitos:

- a. El paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria

³⁸ Cohen-Almagor, Raphael. **La experiencia de siete años de eutanasia en Bélgica** Pág. 12

- b. El médico debe estar seguro de que el sufrimiento del enfermo es insoportable y que el paciente no tiene posibilidades de recuperación
- c. El paciente y el médico deben contar con una segunda opinión médica que certifique que el doctor del paciente ha cumplido con los requisitos de la eutanasia
- d. La terminación de la vida debe ser llevada a cabo en una forma médica apropiada

El Gobierno holandés estima que la ley no está en pugna con la obligación internacional de proteger el derecho a la vida contra su violación por parte de los poderes públicos o de los ciudadanos. Esta obligación está recogida en el artículo 6 del Pacto de las Naciones Unidas de Derechos Civiles y Políticos y en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. El fundamento de estas disposiciones es el respeto a la vida. Estas convenciones privan al gobierno y a terceros del derecho de quitarle la vida a una persona en contra de su voluntad.

Estas disposiciones no pretenden alargar el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Lo que hacen es proteger a la persona de la violación del derecho a la vida. No hace referencia directa en el texto ni en la legislación en qué casos se infringe ese derecho.

Los Estados contratantes tienen un amplio margen de libertad para regular la protección de la vida en sus respectivos sistemas jurídicos. De las convenciones no se desprende una prohibición general de la eutanasia y ayuda al suicidio, sino que se exige “el respeto a la vida”. Éste es el punto de partida de la Ley de la Eutanasia. Con la práctica de la eutanasia a petición voluntaria del paciente no se está privando deliberadamente a una

persona de la vida, como se refieren los citados artículos.

El Artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos dispone: El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece la pena de muerte.

La muerte no se considerará infringida con infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de una enfermedad terminal o un proceso de dolor y sufrimiento prolongado.

La ley que regula la eutanasia en Holanda, no se opone a los convenios internacionales ni a los derechos humanos fundamentales allí recogidos. El Gobierno holandés considera que garantizar estos derechos, sin llegar al extremo de impedir a las personas que decidan sobre su muerte. En Holanda, a diferencia de otros países, no está penalizado el suicidio.

La eutanasia, o terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio, sigue siendo un hecho punible, salvo que exista notificación por parte del médico que la ha practicado, y que haya cumplido con los requisitos de diligencia que exige la ley. A tal fin se ha incluido en el código penal holandés una eximente especial. La actuación del médico consistente en terminar con la vida del paciente es objeto de verificación por una comisión de verificación (nombrada por los ministros de Justicia y de Salud Pública, Bienestar y Deportes). La verificación se centra en el contenido de la actuación del

médico y en el proceso de la toma de decisión. No se penaliza la actuación del médico que ha notificado el acto de terminación de la vida, cuando la comisión de verificación, tras examinar el expediente, ha llegado al convencimiento de que el médico ha obrado con la debida diligencia. Cuando existan indicios de una actuación negligente por parte del médico al no haber observado los requisitos de la debida diligencia, el caso se pondrá en conocimiento de las autoridades judiciales que deberán decidir si amerita su persecución penal.

Con la despenalización se pretende que el médico que ha adoptado la decisión y que ha actuado con la debida diligencia descrita deje de sentirse culpable y pueda manifestar su opinión de un modo abierto y franco. La consulta que precede y el modo de verificar contribuyen a garantizar la protección del paciente que sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora, que ha solicitado de forma voluntaria la terminación de la vida.

Holanda. La Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, en vigor desde abril de 2001 cuenta con 24 artículos en los que se estipulan las condiciones y el procedimiento que debe seguirse para que pueda llevarse a cabo la eutanasia.

Desde el nombre de la ley sobre eutanasia en Holanda se da cuenta de la definición del término y una de las características esenciales para que se dé la eutanasia de acuerdo con dicha ley, la petición propia es el elemento central de todo el proceso, y la base que fundamenta tanto la acción como la necesidad de legislarla. De esta manera en Holanda se entiende por eutanasia: “la terminación por parte del médico de la vida del paciente a petición de este. En el Artículo 2 de esta Ley, cuando un paciente solicita a un médico

que le practique la eutanasia, el médico tiene que cumplir los siguientes requisitos de diligencia:

- Haber llegado al convencimiento de que la solicitud del paciente es voluntaria y ha sido bien pensada.
- Haber llegado al convencimiento de que el sufrimiento del paciente es insoportable y que no tiene perspectivas de mejora;
- Haber informado al paciente sobre la situación en que se encuentra y sus perspectivas de futuro;
- Haber llegado al convencimiento junto con el paciente que en la situación en que se encuentra no existe otra solución razonable;
- Haber consultado al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido un dictamen sobre los requisitos mencionados en los cuatro primeros puntos;
- Haber terminado la vida del paciente o haber ayudado a su suicidio, con la máxima diligencia médica.

La ley permite la eutanasia en menores de edad a partir de los 12 y hasta los 16 años, siempre y cuando “se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o a una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del

paciente o con el auxilio al suicidio.”²⁰ Para los casos en los que el paciente en cuestión, cuente con 16 y hasta 18 años “el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión.

En los casos de un paciente que estuvo en posibilidad de externar su deseo de llevar a cabo una eutanasia, pero que su condición actual ya no le permite refrendar dicho deseo “El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.

Para eximir de responsabilidad a un médico que ha practicado la eutanasia, este debe enviar un informe a la comisión regional de comprobación de la terminación de la vida por petición propia, la cual está conformada por un jurista quien será el presidente, un médico y un especialista en ética, así como sus respectivos suplentes quienes deberán velar por el 20 Artículo 2 fracción 4 de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

Bélgica. En Septiembre de 2003, Bélgica se convirtió en el segundo país en legalizar la eutanasia, al entrar en vigor la Ley relativa a la Eutanasia (Loi relative a l’authanasie), la cual cuenta con 16 artículos y a diferencia de la ley holandesa, amplía el espectro de las personas a quienes es aplicable la eutanasia, ya que dentro de los requisitos para que el

médico pueda llevarla a cabo: el paciente debe encontrarse en una “situación médica sin salida y en un estado de sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable que no puede ser aliviado y que sea resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable; y que el médico respete las condiciones y procedimientos prescritos por la ley.

Los requisitos que la ley belga son los siguientes:

- El paciente debe ser mayor de 18 años y estar mentalmente saludable.
- El paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria, bien considerada y repetidamente.
- El sufrimiento debe ser insoportable.
- El paciente debe estar bien informado de su situación y de otras alternativas.
- Un segundo médico debe confirmar que la enfermedad sea incurable y que el sufrimiento sea insoportable.
- El paciente siempre debe hacer su petición de eutanasia por escrito.
- La eutanasia debe ser asistida por un médico.

4.4.3 Estados Unidos (Oregón)

Oregón es el único estado de Estados Unidos, en donde es legal la eutanasia activa, desde 1997 esta en vigor la Ley de

Muerte con Dignidad (Death with Dignity Act) la ley cuenta con 6 secciones, siendo en la segunda donde se establecen

los requisitos para la petición de medicación para terminar una vida en una forma humana y digna. En la sección 6

23 Artículo 3 fracción 3 de la Ley Relativa a la Eutanasia, Bélgica, 2002

Para poder obtener una eutanasia de acuerdo con esta ley, los enfermos deben obtener un certificado de dos médicos que coincidan con que el paciente sufre una enfermedad incurable y que sólo cuenta con hasta seis meses de vida.

No establece como necesario que sea personal médico quien administre el fármaco, tampoco que el enfermo este dentro de una institución de salud, por lo que el enfermo puede decidir donde morir.

4.5 Diferentes propuestas de aplicación de la eutanasia en la legislación guatemalteca con base en tratados y convenios en materia de derechos humanos

Después de haber estudiado ampliamente las diferentes variantes de la eutanasia, sus conceptos y definiciones. Al haber estudiado la historia de la eutanasia desde sus orígenes hasta la actualidad y de haber estudiado la legislación nacional e internacional con respecto a la eutanasia, el derecho a la vida, la dignidad y la libertad. Las diferentes posturas académicas, teológicas y morales que se han planteado con relación a la eutanasia; existe suficiente fundamento en el tema como para realizar una o varias propuestas que resulten viables para la aplicación de tratados y convenios en materia de derechos humanos.

Los tratados y convenios internacionales insisten en preservar la vida, respetándola desde su concepción, y el compromiso de los Estados firmantes para asegurarse que nadie puede ser privado de ella bajo ninguna circunstancia con excepción de los condenados a pena capital o pena de muerte.

En ese sentido, la eutanasia como acción segadora de la vida es contraria a la legislación internacional en materia de derechos humanos; sin embargo la eutanasia como interrupción de tratamientos médicos no está expresamente prohibida y puede ser viable si estudia integrándolo a otros derechos humanos igualmente protegidos por tratados y convenios internacionales como la dignidad, la salud y la libertad.

Se ha insistido en el derecho a la dignidad del ser humano ya que es necesario proteger la dignidad humana de los pacientes que son sometidos a sufrimientos extremos, dolores agobiantes o tratamientos encarnizados como se denomina por algunos autores. No es posible suponer que so pretexto de preservar la vida se reduzca al paciente a la calidad de víctima de la práctica médica; eso atenta contra la dignidad humana y debe ser abolido de las prácticas hospitalarias.

En ese orden de ideas, si un paciente está siendo atendido en forma obsesiva, con la sola intención de prolongar su vida sin importar el dolor y sufrimiento que esté experimentando; debe valorarse también la libertad que el paciente y sus familiares tienen para decidir sobre estas intervenciones médicas. Cabe resaltar que el derecho a la libertad ha sido motor de los derechos humanos a través de la historia y pilar en el desarrollo del ser. No existe una persona que pueda considerarse en goce de sus

derechos si no es libre para decidir.

Si bien la legislación internacional expone que la vida debe ser preservada y protegida por los Estados, también es cierta que la libertad de decidir sobre la interrupción de tratamientos debe ser respetada al paciente.

No puede o no debe obligarse a un paciente a sufrir la práctica médica en contra de su voluntad y peor aún, cuando ya no tiene expectativa de vida.

Los argumentos anteriores son la integración de tres derechos humanos incommensurables como el derecho a la vida, a la dignidad y a la libertad. No se puede pretender aplicar la eutanasia o prohibirla, sin antes hacer un estudio de estos derechos y arribar a conclusiones sobre el tema.

Se debe agregar a lo antes indicado, que no se propone en ningún momento despenalizar la eutanasia activa, es decir, aquella en la que el médico induce la muerte, pero si es imperante permitir al paciente o a sus familiares, que en armonía con los doctores pueda decidir la interrupción de tratamientos médicos que prolongan la vida del paciente terminal y que, con el solo hecho de ser suspendidos reciben la muerte.

No se trata de despenalizar una acción del médico sino de crear una causa de inculpabilidad por la omisión de tratamiento médico cuando las circunstancias clínicas y altruistas lo ameriten; es decir, cuando nadie en la sociedad pueda reprocharle el haber actuado de esa forma.

Por último, debe tomarse en cuenta que tanto entidades religiosas, científicas o legales en el ámbito internacional, se han pronunciado a favor de las terapias paliativas llevadas hasta la última consecuencia, para garantizar que el paciente se encuentre con el menor dolor posible, el menor sufrimiento, con apoyo psicológico y espiritual que necesita en el trance de la muerte.

Al tener en consideración los argumentos antes expuestos se llega a dos propuestas que permiten la aplicación de tratados internacionales en materia de derechos humanos y la aplicación de la eutanasia.

a. Para que la aplicación de esta forma de eutanasia en la que el médico interrumpe la intervención clínica que pretende salvar la vida, se encuentre acorde a tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos, especialmente el derecho a la vida, la dignidad y la libertad, debe incluirse como una causa de inculpabilidad en el ordenamiento penal vigente, un numeral en el que se establece que no es culpable el médico que suspende el tratamiento en pacientes terminales o desahuciados, respetando la voluntad del enfermo o sus familiares cuando este esté imposibilitado de otorgar su voluntad y que la muerte resulte inminente con el solo hecho de suspender los tratamientos; siempre que el diagnóstico del médico haya sido avalado por dos profesionales más que posean opinión especializada.

b. Eutanasia pasiva: En este caso la acción del médico es indispensable para alcanzar la muerte del enfermo por lo que no puede eximirse de responsabilidad penal a aquel que ejecuta la acción, en ese sentido, y en concordancia con los tratados y

convenios internacionales en materia de derechos humanos no puede permitirse su aplicación en el derecho interno pues esto implicaría que el Estado autorice la ejecución de una persona; por lo que al contrario, respetando el criterio de las autoridades religiosas, filosóficas y médicas, debe realizarse una reforma al Código Penal que penalice a todo médico en ejercicio activo, para que en caso de enfermos terminales o desahuciados, no cumpla con brindar todos los cuidados paliativos que sean necesarios, recurriendo a los fármacos y sustancias que sean necesarias, para evitar el dolor y sufrimiento en la agonía del paciente, garantizándose con los medios a su alcance que tenga acceso a acompañamiento psicológico, familiar y espiritual.

CONCLUSIONES

1. El Estado de Guatemala no garantiza que todos los hospitales de la República otorguen al paciente terminal o desahuciado, aplicar en forma exhaustiva los tratamientos paliativos; así también, no se procura que el enfermo tenga acompañamiento familiar, psicológico y espiritual, para proteger la dignidad del enfermo.
2. Para los pacientes terminales, con extremo dolor, el Congreso de la República no incluye como una causa de inculpabilidad en el ordenamiento penal vigente, una reforma legal que establezca que no es culpable el médico que suspende el tratamiento en pacientes terminales o desahuciados, respetando la voluntad del enfermo o sus familiares.
3. En Guatemala, no se penaliza a los médicos que por obstinación o por ánimo de lucro, permiten que los tratamientos clínicos que pretenden salvar la vida de un paciente terminal o desahuciado se prolonguen, causando mayor dolor a pacientes y familiares con el pretexto de una posible recuperación.
4. No se realizan en coordinación con el Ministerio de Salud, foros y capacitaciones a estudiantes y médicos del país, para que conozcan hasta dónde pueden intervenir o abstenerse de hacerlo en caso de pacientes terminales o desahuciados y cuando el paciente esté inconsciente, esto se haga en protección de la dignidad del paciente.

5. El derecho a la muerte digna de un paciente desahuciado representa defender los derechos humanos a la vida, a la salud y a la dignidad del paciente; ya que el médico debe de salvarle la vida a dichas personas y evitar que se prolongue, causando mayor dolor a pacientes y familiares con el pretexto de una posible recuperación.

RECOMENDACIONES

1. El Estado de Guatemala debe garantizar una política pública en todos los hospitales de la República, la cual contenga que debe otorgarse al paciente terminal o desahuciado, los cuidados paliativos necesarios para evitarle el dolor extremo y permitirle acompañamiento familiar, psicológico y espiritual y así poder contribuir con ellos para una mejor calidad de vida.
2. El Congreso de la República, para proteger al médico tratante, debe incluir como una causa de inculpabilidad en el ordenamiento penal vigente, una reforma legal que establezca que no es culpable el médico que suspende el tratamiento en pacientes terminales o desahuciados, respetando la voluntad del enfermo o sus familiares; siempre que el diagnóstico del médico haya sido avalado por dos profesionales más que posean opinión especializada.
3. El Congreso de la República debe llevar a cabo una reforma al Código Penal que sancione a todo médico en ejercicio activo que, en caso de enfermos terminales o desahuciados, no cumpla con brindar todos los cuidados paliativos que sean necesarios, recurriendo a los fármacos y sustancias que sean necesarias, para evitar el dolor y sufrimiento en la agonía del paciente.
4. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, debe realizar en coordinación con el Ministerio de Salud, foros y capacitaciones a estudiantes y médicos del país, para que conozcan hasta dónde pueden intervenir o abstenerse de hacerlo en un caso de

pacientes terminales o desahuciados.

5. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, debe realizar en coordinación con el Ministerio de Salud, foros y capacitaciones a estudiantes y médicos, para fomentar en ellos la conciencia de garantizar una muerte digna al paciente, con el menor dolor y máximo acompañamiento familiar, psicológico y espiritual.

ANEXOS

Anexo a

Legislación centroamericana

País	Ley	Clasificación	Artículos
El Salvador	Código Penal de la República de El Salvador (Decreto N° 1030)	Delitos relativos a la vida del ser humano en formación Homicidio piadoso Inducción	Artículo. 130. El homicidio causado por móviles de piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o poner fin a graves padecimientos, será sancionado con prisión de uno a cinco años siempre que concurren los requisitos siguientes: 1) Que la víctima se encontrare en un estado de desesperación por sufrimientos observables, que fueren conocidos públicamente y que la opinión de los médicos que la asistan así lo hubiere manifestado;
Costa Rica	Código Penal de Costa Rica, Ley N° 4573	Delitos Contra la Vida Instigación o ayuda al	ARTÍCULO 115. Será reprimido con prisión de uno a cinco años el que instigare a otro al suicidio o lo ayudare a cometerlo, si el suicidio se consuma. Si el suicidio no

		suicidio Homicidio por Piedad	ocurre, pero su intento produce lesiones graves, la pena será de seis meses a tres años. ARTÍCULO 116. Se impondrá prisión de seis meses a tres años al que, movido por un sentimiento de piedad, matare a un enfermo grave o incurable, ante el pedido serio e insistente de éste aún cuando medie vínculo de parentesco.
Nicaragua	Código Penal de la República de Nicaragua	Delito contra las personas y su integridad física, psíquica, moral y social	Art. 151.- El que a sabiendas facilita a otro medios para que se suicide, será castigado con la pena de 3 a 6 años de prisión. El que indujere a otro al suicidio o le ayudare a su ejecución cooperando personalmente, sufrirá la pena según los casos
Honduras	Código Penal de Honduras (Decreto N. 144-83)	Delitos contra la vida y la integridad corporal. Inducción al	ARTÍCULO 125. Quien indujere a otro a suicidarse o le prestare auxilio para que lo haga, será penado con reclusión de tres a seis años, si el suicidio se consumare. En el caso de que el suicidio no se llegare a consumar, el

		Suicidio	colaborador en la tentativa del mismo será sancionado con reclusión de uno a tres años.
Panamá	Código Penal de Panamá	Delitos Contra la vida y la Integridad personal Inducción al Suicidio	ARTÍCULO 134. El que induzca a otro a suicidarse o lo ayude con este fin, incurrirá, cuando el suicidio se cumpla, en prisión de 1 a 5 años.

Anexo b

Legislación suramericana

País	Ley	Clasificación	Artículos
Argentina	Código Penal de la República de Argentina	Delitos contra la vida Instigación al Suicidio	Artículo 83. Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado
Bolivia	Código Penal según Ley N° 1768 de Modificaciones al Código Penal	Delitos contra la vida y la integridad corporal Homicidio Piadoso	Artículo 257. Se impondrá la pena de reclusión de uno a tres años, si para el homicidio fueren determinantes los móviles piadosos y a apremiantes las instancias del interesado, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales probablemente incurables, pudiendo aplicarse la regla del artículo 39 y aun concederse excepcionalmente el perdón judicial.
Brasil	Código Penal de Brasil	Inducción, instigación o auxilio al	Artículo 122. Inducir o instigar a alguien a suicidarse o prestarle auxilio para que lo haga.

		suicidio	<p>Reclusión de 2 a 6 años si el suicidio de consuma Reclusión de 1 a 3 años si de la tentativa de suicidio resulta lesión corporal de naturaleza grave.</p> <p>Párrafo único: la pena es duplicada:</p> <p>I –si el crimen es practicado por motivos egoístas.;</p> <p>II – si la víctima es menos o esta disminuida por cualquier causa su capacidad de resistencia.</p>
Chile	Código Penal de la República de Chile	Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública Auxilio al suicidio	<p>Artículo 393.</p> <p>El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte.</p>
Ecuador	Código Penal ecuatoriano	Delitos contra la vida Auxilio al	<p>Art. 454.</p> <p>Será reprimido con prisión de uno a cuatro años y multa de cincuenta a quinientos sucres, el que instigare o</p>

		suicidio	prestare auxilio a otro para que se suicide, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.
Paraguay	Código Penal de la República del Paraguay: Ley N° 1160	Hechos punibles contra la vida. Homicidio motivado por súplica de la víctima Suicidio	Artículo 106. El que matara a otro que se hallase gravemente enfermo o herido, obedeciendo a súplicas serias, reiteradas e insistentes de la víctima, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años. Artículo 108. 1º El que incitare a otro a cometer suicidio o lo ayudare, será castigado con pena privativa de libertad de dos a diez años. El que no lo impidiere, pudiendo hacerlo sin riesgo para su vida, será castigado con pena privativa de libertad de uno a tres años. 2º En estos casos la pena podrá ser atenuada. .
Perú	Código Penal del	Delitos Contra la	Artículo 112. El que, por piedad, mata a un enfermo

	Perú	Vida el Cuerpo y la Salud Homicidio piadoso Instigación o ayuda al suicidio	incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años. Artículo 113. El que instiga a otro al suicidio o lo ayuda a cometerlo, será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. La pena será no menor de dos ni mayor de cinco años, si el agente actuó por un móvil egoísta
Uruguay	Código Penal de la República Oriental del Uruguay (Ley N° 9.155 Del 4 de Diciembre de 1933)	Delitos contra la personalidad física y moral del Hombre Determinación o ayuda al suicidio	ARTÍCULO 315. El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría. Este máximo puede ser sobrepujado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de dieciocho años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad

			deprimidas por enfermedad mental o por el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes.
Venezuela	Código Penal de Venezuela 20 de octubre de 2000	De los delitos contra las personas Inducción al Suicidio	Artículo 412. El que hubiere inducido a algún individuo a que se suicide o con tal fin lo haya ayudado, será castigado, si el suicidio se consuma con presidio de siete a diez años.



BIBLIOGRAFIA

ALONSO, Carlos Eimar. **La justicia de la razón y las razones de los jueces.** El poder judicial en el bicentenario de la Revolución Francesa, Ministerio de Justicia, Centro de publicaciones. España, 1990.

BARRIENTOS PELLECCER, César. **Derecho procesal penal guatemalteco**, Tomo I. 1997

BINDER, Alberto. **El Ministerio Público para una nueva justicia criminal.** Gráficas Casals, Santiago de Chile, 1994.

CALAMANDREI, Piero. **Proceso y democracia.** Ediciones jurídicas Europ-América, Argentina, 1960.

CUELLO CALON, Eugenio. **Derecho penal**, Tomo I. 1968

Editores Salvat. **La enciclopedia.** Madrid, España: Ed. Salvat, 2004.

Fundación Tomás Moro. **Diccionario jurídico Espasa.** Madrid, España: Ed. Espasa Calpe, S.A., 1999.

HUME, David: **Sobre el suicidio.** Ed. Alianza.

JUAN PABLO II : Encíclica : **El evangelio de la vida.** Ed Paulinas.

KANT, M. :**Filosofía de la historia.** Ed.: Nova. Buenos Aires.

Microsoft Internacional. **Biblioteca encarta 2004.** Argentina, 2004

Nino, C,S. **Fundamentos de derecho constitucional. Análisis filosófico, jurídico y politológico de la práctica constitucional.** Buenos Aires, Argentina: Ed. Astrea, 1999.

SOPENA, Ramón. **Diccionario enciclopédico ilustrado Sopena**. Barcelona, España: Ed. Ramón Sopena, S.A., 1982.

GONZALEZ, Mariano. **Eutanasia. Una ventana abierta a la esperanza**. EDIMAT LIBROS. Ediciones y Distribuciones Mateos. Impreso en España.

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente, 1986.

Código Penal, Decreto 17-73 del Congreso de la República, 1973

Código Civil. Decreto-Ley número 106, 1964

Ley del Organismo Judicial. Decreto 2-89 del Congreso de la República., 1989

Constituciones Políticas de las Repúblicas de. España, Chile, Perú. Colombia, Costa Rica, Honduras, El Salvador y de los Estados Unidos Mexicanos.