



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE DERECHO**

**EL CASO SCHIAVO Y EL DERECHO  
A MORIR EN MÉXICO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADO EN DERECHO**

**PRESENTA**

**JENNIFFER DE LARA GARCÍA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**MTRA. MA. ELODIA ROBLES SOTOMAYOR**



CIUDAD UNIVERSITARIA, 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# El caso Schiavo y el Derecho a Morir en México

Introducción	i
<b>Capítulo Primero</b>	
1. Antecedentes históricos	1
1.1. De la Antigüedad a la Edad Media	1
1.2. Del Renacimiento a la Modernidad	5
1.3. Movimientos para Legalizar la Eutanasia	9
1.4. Casos relevantes	12
1.4.1. El Caso Postma, Holanda, 1971.	12
1.4.2. Karen Quinlan, EUA, 1975.	13
1.4.3. Nancy Cruzan, EUA, 1983.	15
1.4.4. Dr. Kervorkian, EUA, 1990-1998.	16
1.4.5. Ramón Sampedro, España, 1998.	18
1.5. Estado Actual de la Eutanasia en el Mundo	19
1.5.1. Las Asociaciones para Morir Dignamente	19
1.5.2. La Legislación Mundial	24
1.6. Conclusiones	30
<b>Capítulo Segundo</b>	
2. Marco Conceptual	33
2.1. Definiciones Básicas	36
2.1.1. Eutanasia	36
2.1.2. Eutanasia activa	37
2.1.3. Eutanasia pasiva	37
2.1.4. Eutanasia voluntaria/ no voluntaria/ involuntaria	38
2.1.5. Eutanasia directa/ indirecta	38
2.1.6. Eutanasia utilitaria	38
2.1.7. Auxilio al suicidio	39
2.1.8. Homicidio piadoso	39

2.2.	Dilema Santidad de la Vida vs. Autonomía	40
2.2.1.	Santidad de la Vida	41
2.2.1.1.	Críticas a esta postura	43
2.2.2.	Autonomía	48
2.2.2.1.	Críticas a esta postura	51
2.3.	Otras consideraciones	55
2.3.1.	Calidad de Vida	55
2.3.2.	Evitar el sufrimiento/ dolor	57
2.3.3.	Consentimiento	59
2.3.4.	Mejor interés	61
2.3.5.	Benevolencia/ compasión	63
2.3.6.	Cuidados paliativos	66
2.3.7.	Participación de terceros	67
2.3.8.	Auxilio médico	69
2.3.9.	Pendiente resbaladiza	72
2.4.	Conclusiones	76

### **Capítulo Tercero**

3.	Análisis del caso Schiavo	78
3.1.	Antecedentes	78
3.2.	Cronología	78
3.3.	Consideraciones	80
3.3.1.	La voluntad del sujeto	80
3.3.2.	Argumentos de los familiares	81
3.3.3.	La opinión de los médicos	84
3.3.4.	La opinión pública y el involucramiento del Estado	85
3.3.5.	La decisión judicial	87
3.4.	Análisis a la Luz del Derecho a Morir	89
3.5.	Conclusiones	91

## **Capítulo Cuarto**

4. Propuesta por un Derecho a Morir en México	93
4.1. Manifestación de la Voluntad o Consentimiento	94
4.2. Evitar un Daño	97
4.3. Mejor Interés	97
4.4. Otras Consideraciones	98
4.4.1. Excluyente legal amplia	98
4.4.2. Excluyente legal limitada	100
4.5. Análisis de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal	101
4.6. Propuesta de Procedimiento y Vigilancia	110
4.7. Conclusiones	116
5. Conclusiones Generales	118
Bibliografía General	124

## Introducción

Las imágenes de Terri Schiavo en el lecho en que permanecía anclada desde 1990, la visión de Amenábar sobre el dilema de Ramón Sanpedro —por hablar sólo de casos recientes— nos obligan a reflexionar sobre las posibilidades de encontrarnos en una situación similar, ya sea como afectados directos o como allegados a alguien en esas condiciones.

La eutanasia es una discusión casi inherente a la propia vida y casi tan antigua como la propia raza humana y sin embargo, sigue siendo un tema tan actual como en los viejos tiempos. Ya se aborde desde un punto de vista filosófico, moral, médico o legal, el debate sobre la mejor forma de morir sigue en boga.

Se ha intentado una justificación universal y válida del derecho a morir. Ya sea como una manifestación máxima de autodeterminación y de ejercicio de libertad; como un remedio piadoso frente a la disminución de calidad de vida de los enfermos; como un derecho a decidir sobre nuestro propio destino, sobre nuestra propia muerte; o como una defensa contra el encarnizamiento terapéutico, esto contra los avances tecnológicos que permiten a los profesionales de la salud mantener la vida artificialmente, aun en contra de los deseos y posibilidades del propio sujeto y de sus familiares.

Como práctica, la eutanasia ha sido una realidad más o menos obvia durante toda la historia de la humanidad. En la literatura, en el cine, se muestran ejemplos de experiencias eutanásicas ya sea a la luz de la piedad, la amistad, la justicia e incluso, el amor.

Entre los romanos vivir noblemente también implicaba una muerte noble, quitarse la vida era una forma de muerte aceptable cuando se evitaba el dolor, el deshonor o el desgaste innecesario.

Con la ética judeo-cristianismo desapareció la autonomía moral, las riendas de nuestro destino son trasladadas a Dios, quien es él el único que puede decidir sobre la vida y la muerte humana. La vida adquiere la categoría de “sagrada”.

Actualmente, la idea de que las personas son libres de decidir sobre su cuerpo y sobre su muerte ha adquirido mayor aceptación, lo que ha propiciado la discusión sobre la autodeterminación en la muerte.

Ante las condiciones de la vida moderna, el derecho a morir está empujando de manera constante, en gran medida debido al miedo de las personas ante la posibilidad de perder su dignidad, la dependencia, el atropello de la individualidad, la incontinencia, la imposibilidad para alimentarse y asearse, la dificultad para moverse y la desfiguración física y pérdida de la conciencia, ante la posibilidad de vivir una vida menoscabada, o seriamente deteriorada que sea mantenida, aun en contra de los propios deseos, de manera artificial por muchos años. ¿Se imagina Usted conectado tantas sondas como agujeros haya en su cuerpo para mantener su cuerpo con vida sin que Usted pueda mantener contacto, y mucho menos control, sobre todo aquello que le rodea? ¿Se imagina cautivo en su cerebro sin capacidad para moverse, para comunicarse?

De igual forma, la evolución de nuestra actitud ante el concepto muerte ha sufrido una evolución que conlleva impedimentos para que la discusión sobre el derecho a morir se manifieste de manera total.

Antiguamente, la muerte era parte de la vida, la muerte era un concepto cercano que enriquecía la vida en tanto que obligaba al espíritu de reflexión. Lo efímero de nuestras existencias, le daba una dimensión poética a los actos humanos.

La muerte se vivía como el último acto social de un hombre. Los familiares y amigos se congregaban alrededor de la cama del agonizante para consolarlo y ayudarlo en ese tránsito. Los médicos, los curas eran confortadores espirituales. Se moría en casa.

Los avances médicos han desacralizado el concepto de muerte, nos permiten negarla al pensar que la muerte es un proceso lejano, casi inexistente, que tal vez, en algún momento, podrá ser vencido.

La muerte ha dejado de ser la culminación de la vida, ha dejado de ser un proceso natural e inevitable, se ha transformado en un tema del que preferimos no hablar, en un concepto que preferimos olvidar y negar. En estos tiempos, se muere solo, en una cama de hospital, entre familiares que poco pueden o saben hacer para ayudar en el tránsito, entre médicos que se olvidan de aliviar seres humanos y que optan por tratar enfermedades. La muerte ya no es el fin del camino, es un enemigo que nos toma por asalto, y ante cuyo ataque no tenemos defensa para afrontar nuestra inminente desaparición.

Para llegar a un Derecho a Morir, se deben establecer normas claras para garantizarse el derecho de autonomía y dignidad de cada ser humano, para que al hablar de eutanasia nadie quede excluido. A fin de cuentas, la eutanasia debe subrayar la obligación de respetar la autonomía del paciente o de la familia para recibir o no un tratamiento. "...lo que más teme quien muere consciente de su

muerte es la soledad, la ausencia de diálogo y el resquebrajamiento de su dignidad.”

Algunas legislaciones, e incluso la Iglesia, considera plausible la no utilización de auxilios extraordinarios en la preservación de la vida, considerándose como tales aquellos sin los cuáles la vida no podría mantenerse. Sin embargo, dejar morir de hambre a un paciente (eutanasia negativa) puede parecer un mal remedio, aunque sea la única salida viable, para situaciones como la de Terri Schiavo. Por el contrario, la eutanasia positiva en muchos casos puede ser una solución más piadosa y humanitaria que dejar a un ser querido hasta que su organismo colapse. Sin embargo, sin reglas claras podría llegarse a los excesos que temen los detractores del derecho a morir.

No se habla sólo del bien del paciente ¿qué podemos decir del sufrimiento de los familiares y amigos que ven marchitarse a su ser querido en una batalla perdida que terminará por agotarlos física, moral y económicamente? Citando a Cicely Saunders: “La forma en la que mueren las personas permanece en la memoria de aquellos que sobreviven”.

La legislación neerlandesa es el único ejercicio en el mundo, a nivel Estado Nacional, por codificar el derecho a morir, algunos estados de los Estados Unidos han adoptado premisas menores, y en la mayor parte de los países latinoamericanos, la cuestión es un secreto a voces.

En Latinoamérica, el tema no se limita a una cuestión moral o de piedad, involucra las insuficiencias de los sistemas de salud, la limitada capacidad económica de los afectados, y el desgaste emocional que supone mantener a un individuo durante estadías prolongadas en hospitales, por ignorancia.

La eutanasia en Latinoamérica es una práctica soterrada más común de lo deseable, por eso se hace necesario establecer un derecho a morir que permita a los ciudadanos tomar control sobre su vida, y por sobre todo, sobre su muerte *a priori*.

La definición idónea de un derecho a morir debe incluir precisiones sobre los fármacos indispensables para que un enfermo siga viviendo, la importancia de cada aparato en el mantenimiento artificial de la vida, saber cuándo el sufrimiento es en verdad insoportable, cuándo el enfermo considera que su vida carece de dignidad y cuándo la familia, por egoísmo, problemas económicos o inmadurez, es incapaz de seguir atendiendo a su ser querido, la participación de los servicios de las compañías aseguradoras y el mal funcionamiento de los servicios de salud, el encarnizamiento terapéutico, la comercialización médica de la vida; todo ello sin dejar de lado los aspectos éticos y morales de la cuestión.

Es necesario revisar la actualidad del juramento hipocrático “nunca suministraré a nadie una droga letal aun cuando se me solicite ni tampoco sugeriré la posibilidad de usarla”, en la época de Hipócrates la realidad era la muerte al día, las agonías prolongadas por avances tecnológicos eran impensables, debemos recuperar la figura del médico como un profesional que alivia seres humanos, que conforta, que tiene la capacidad de prolongar la vida, pero no la muerte.

Las opiniones en contra de la eutanasia van desde el exceso en el ejercicio de ellas como un medio de supresión de individuos “indeseables”. En la medida en que el Derecho a Morir se codifique estaremos en la posibilidad de eliminar la *mala praxis* de la misma. En la medida en que la ley determine los sujetos,

condiciones y requisitos en los que es aceptable ejercer el derecho a morir, abriremos el camino para definir sus límites, para convertirla en una práctica de humanidad, en una manifestación de autonomía, tal como la administración de auxilios o la donación de órganos.

La sociedad debe tomar en sus manos la responsabilidad de debatir sobre la eutanasia y el futuro de sus miembros. Es necesario identificar las necesidades que surgen a partir de una forma de vida particular, debe aceptarse que optar por una buena muerte es optar por un fin luminoso en tanto que se respete la individualidad y la dignidad de cada persona.

El reconocimiento legal del derecho a morir es el único camino para evitar doctores Mengele. Será el camino para redefinir la muerte como un proceso natural, consciente, previsible y humano. En tanto tomemos el control de nuestra muerte, tomaremos el control de nuestro destino como especie.

Esta tesis tiene como propósito realizar un estudio de caso Schiavo, definir, a partir de los criterios más comunes de los avances en la eutanasia, si privarla de alimentos fue la mejor opción, si existen otros métodos más piadosos.

Estudiaré los casos que han conmovido nuestra conciencia mundial, los aspectos sensibles que deben tomarse en cuenta y los principales involucrados en el derecho a morir.

De igual forma, intentaré definir las condiciones mínimas que deben tomarse en cuenta para poder llegar a una codificación del derecho a morir, y si es posible que nuestra autodeterminación se imponga *a priori* a una situación precaria. Para que la autodeterminación del ser humano sea la prioridad en este siglo XXI.

La estructura de este trabajo busca plantear los antecedentes históricos del derecho a morir a través de las líneas de pensamiento dominantes desde la época antigua hasta nuestros días, incluyo en estos antecedentes la evolución de los movimientos que explícitamente buscan legalizar la eutanasia, los casos más relevantes del Siglo XX que han marcado hitos en la lucha pro Derecho a Morir Dignamente y que han sido la semilla de las distintas organizaciones existentes en el mundo o, en algunos casos, de marcos legales nacionales.

En el segundo capítulo, me propongo definir un marco conceptual de la Eutanasia para facilitar la comprensión del tema y de los conceptos recurrentes, así como de las posturas predominantes tanto a favor como en contra del reconocimiento al derecho a morir y el fundamento lógico de estas posturas, para ello las he desagregado en los argumentos más elementales de cada una.

En el tercer capítulo, analizo el caso de Terri Schiavo que fue uno de los últimos casos en los que la población mundial se enfrentó por el tema del derecho a morir dignamente. Lo que originalmente era una solicitud civil del tutor de una mujer en estado de coma, creció hasta involucrar al mismo Presidente de los Estados Unidos, es por ello que decidí estudiar la evolución de este caso en particular, aun cuando no existió una solicitud inequívoca de eutanasia por parte de Terri.

Por último, en el último capítulo y a con base en las conclusiones preliminares de los tres primeros capítulos, intento definir una propuesta adecuada del marco legal del derecho a morir dignamente y los elementos que deben tenerse en consideración. De igual forma, me permito analizar la pertinencia de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal y, por ende de

aquellas que se han promulgado en otros Estados del país y que copian este modelo.

Para este trabajo he utilizado al método analítico con diversas fuentes documentales como libros y revistas especializadas en derecho, filosofía y medicina, también, a fuentes documentales disponibles en Internet, no sólo por la inmediatez y comodidad que este medio plantea, sino por las posibilidades del mismo, gracias a ello, me fue posible recurrir y conocer de primera mano, los documentos del expediente del caso Schiavo: sentencias, apelaciones, recursos e informes médicos; también me permitió acercarme a diversas organizaciones que promueven el derecho a morir y a las contrarias a la eutanasia.

“...así como seleccionaré mi barco cuando vaya a realizar un viaje, o mi casa donde me ponga a residir, así escogeré mi muerte cuando esté a punto de abandonar la vida”.

Séneca

## 1. Antecedentes Históricos

### 1.1. De la Antigüedad a la Edad Media

La eutanasia parece ser una práctica común en las culturas antiguas. En una época nómada, cuando las tribus tenían que enfrentarse al clima y las bestias, era necesario colaborar en la manutención y protección de sus compañeros, por lo que los minusválidos no tenían cabida en este tipo de comunidades. En aras de una moral utilitaria, se hacía obligatorio eliminar a aquellos individuos incapaces de valerse por sí mismos —incurables, heridos graves, incapacitados o viejos—, y que pudieran comprometer la supervivencia o movilidad del grupo.

Como reminiscencia de las costumbres anteriores a la agricultura, las prácticas que tenían por fin acarrear la muerte sobre los miembros disminuidos de una sociedad se enmascararon de ritos y son notorias sobre todo entre pueblos de tradición guerrera. Además estas tradiciones tienen un fundamento económico más que compasivo: “Los ancianos que ya no pueden contribuir a las cargas sociales no sólo pierden su derecho a vivir, sino que adquieren el derecho a que se les mate.”<sup>1</sup>

Sin importar la modalidad (abandono o asfixia, normalmente), por tradición, el hijo estaba obligado a proporcionar una buena muerte al padre viejo y enfermo.<sup>2</sup>

Entre los pueblos guerreros, la costumbre era optar por el suicidio para evitar una muerte deshonrosa como la que podía significar morir en una cama.

---

<sup>1</sup> Juanatey Dorado, Carmen. *Derecho, suicidio y eutanasia*, Ed. Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, España, 1994. p. 17

<sup>2</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *Libertad de Amar y Derecho a Morir*, Ed. De Palma, Buenos Aires, Argentina, 1984. p. 362

Específicamente, para la sociedad espartana, la eutanasia y la eugenesia estaban íntimamente relacionadas, en virtud de ello, no sólo era obligatorio eliminar a cualquier miembro desvalido sino que abarcaba a todos los estratos sociales y ello incluía la eutanasia neonatal.<sup>3</sup>

El tema no escapó a las disertaciones de los filósofos helenos, tanto Sócrates como Platón fueron partidarios de una muerte dignificante, más aún, Platón en una postura muy radical señala en La República no sólo la conveniencia de la eutanasia, sino que afirma “establecerás en el Estado una disciplina y una jurisprudencia que se limite a atender a los ciudadanos sanos de cuerpo y de alma, a los que no estén sanos de cuerpo, déjeselos morir.”<sup>4</sup>

Para los estoicos el suicidio es una salida aceptable en aquellos casos en que la vida va contra natura, ya se tratara de dolor, enfermedad grave o, incluso, anormalidades físicas.

Contrario a esta postura, Hipócrates en su juramento prescribe: “No daré ningún tipo de droga mortal, aunque se me pida, ni aconsejaré tal...”, sin embargo, es notorio que los médicos hipocráticos sean los creadores del desahucio: las enfermedades incurables no debían tratarse, por lo que los aquejados por ellas debían ser abandonados a su suerte, sin tratar siquiera de paliar médicamente sus sufrimientos.<sup>5</sup>

La doctrina moderna recoge esa práctica como eutanasia por omisión o pasiva, pero enriquecida con terapias contra el dolor.

En Roma, influenciada por el hedonismo de la filosofía epicúrea, se

---

<sup>3</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *Eutanasia ¿piedad? ¿delito?*. Ed. Limusa, México, D.F., 2003. p. 97

<sup>4</sup> Sambrizzi, Eduardo A.. *Derecho y Eutanasia*. Ed. La Ley. Buenos Aires, Argentina, 2005. p. 13

<sup>5</sup> Alvarez del Río, Asunción. *Práctica y Ética de la Eutanasia*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 2005. p. 25

reconocían las virtudes del suicidio como la mayor alternativa a la prolongación de una vida indigna. Para los romanos, vivir noblemente incluía un morir noble, por lo que quitarse la vida era una forma de muerte aceptable cuando evitaba el dolor, el deshonor o simplemente el desgaste de la vida.

Lucio Anneo Séneca, pensador estoico, en sus epístolas a Lucilio recomienda:

Por lo demás, la vida larga no siempre es la mejor; pero la muerte sí que es tanto peor cuanto más larga... La mejor muerte es la que más nos guste...

¡Cómo! ¿He de esperar la crueldad de una dolencia o la de los hombres, cuando puedo escapar a todo sufrimiento y sustraerme a los golpes de la adversidad? La mejor razón para no quejarse de la vida es que ella no retiene al que la quiera dejar.<sup>6</sup>

Suetonio en sus Doce Césares señala que el Emperador Augusto solía pedir a los dioses una muerte suave (eutanasia), pero debemos aclarar que para los romanos “eutanasia” significaba una muerte tranquila, sin dolor ni sufrimiento y no con la acepción moderna de medidas que aceleren la muerte.<sup>7</sup>

Jiménez de Asúa y Sambrizzi mencionan que en el Egipto de Cleopatra II existía una academia en la que se experimentaba sobre las formas de muerte menos dolorosas.

En el circo romano y por disposición de los *Police Verso* de los Césares, era obligatorio rematar a las víctimas de los espectáculos.

---

<sup>6</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *op. cit.* p. 96

<sup>7</sup> Sambrizzi, Eduardo A.. *op. cit.* p. 96

Misma suerte corrían los guerreros heridos en el campo de batalla y ya en la cristiana Edad Media, se mantendría esa tradición: los caídos en luchas multitudinarias o en los Juicios de Dios, terminaban su sufrimiento mediante la “misericordia”, un pequeño y afilado puñal que se introducía por debajo de la gorguera.<sup>8</sup>

Con el advenimiento del cristianismo, la autonomía moral del individuo desaparece, la potestad sobre el destino es de Dios por lo que sólo Él puede quitar la vida. Con esta sentencia se condenó al mismo tiempo la eutanasia y el suicidio.<sup>9</sup>

La idea de matar por compasión se torna inaceptable durante la Edad Media: el dolor proviene de Dios y como voluntad del Todopoderoso debe ser aceptado.

El cristianismo consideró al suicidio como el más grave de los pecados “por atentar contra el quinto mandamiento, no matarás; por no dar oportunidad al arrepentimiento, y por ofender a Dios, único dador de vida y único que puede darle término.”<sup>10</sup> Santo Tomás de Aquino repudia cualquier evasión de la vida porque este acto violenta tres principios: el amor que se debe el ser humano a sí mismo, el amor de Dios y el amor a los demás.<sup>11</sup>

Sin embargo, es durante esta época y como resultado de las guerras y pestes constantes, que se reflexiona sobre el *ars moriendi* (*arte de morir*) que

---

<sup>8</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 363

<sup>9</sup> En la legislación medieval entre las penas contempladas para los suicidas se citan el embargo de sus bienes, la prohibición de cristiana sepultura y el ajusticiamiento del cadáver. Baldó Alcoz, Julia. “Por la quoyal cosa es dapnado”. Suicidio y muerte accidental en la Navarra bajomedieval.” *Anuario de Estudios Medievales*. Vol 37, No 1. 2007 (27-69). Recuperado en <http://estudiosmedievales.revistas.csic.es/index.php/estudiosmedievales/issue/view/3>

<sup>10</sup> Álvarez, Asunción y Kraus, Arnoldo. *La Eutanasia*. ed. CONACULTA, México, D.F., 1989, p. 9

<sup>11</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *op. cit.* p. 98

conceptualiza a la muerte como un tiempo de meditación y complementario de la vida (no antagónico). La muerte es un hecho que debe ser aceptado plenamente por el agonizante, por lo que una muerte repentina es una mala muerte ya que no permite despedirse de los seres queridos ni ofrece tiempo para el arrepentimiento y la reflexión.

Es interesante que en la actualidad y ante la “deshumanización” de la muerte, este mismo argumento medieval de la “muerte plena” sea el sustento para apoyar la controversia sobre las decisiones del final de la vida, en el entendido que la muerte es el último acto social del individuo.

## **1.2. Del Renacimiento a la Modernidad**

No fue sino hasta el siglo XIV, una vez que el oscurantismo de la Edad Media se disipó, que la postura frente a la eutanasia cambió. La conciencia reflexiva de personas ilustradas que favorecieron el regreso de los valores griegos y romanos, facilitaron que el suicidio se considerara nuevamente como una manifestación de libertad y dejó de ser un pecado imperdonable.

Respecto de la eutanasia, se vislumbran nuevamente posturas a favor. También se empiezan a diferenciar entre las motivaciones que subyacen en los actos por lo que se empieza a hablar de eutanasia compasiva, altruista, eugenésica, económica, etc.<sup>12</sup>

Por su parte, Santo Tomás Moro (1478-1535) en su Utopía, se manifestó a favor del suicidio y de la eutanasia activa: “Si se trata de un mal que no tiene

---

<sup>12</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 339

cura (...) convencen al paciente (...) que piense en librarse de una vida tal que es tormento, procurándose la muerte o aceptando que otro se la dé.”<sup>13</sup>

Francis Bacon (1561-1626) retomó el término eutanasia para definir el acto que ahora reconocemos como muerte piadosa. El famoso canciller de Inglaterra afirmó en su *Nova Atlantis* que “compete al médico proporcionar salud y suavizar las penas y los dolores, no solamente cuando ese suavizar pueda llevar a la curación, sino cuando pueda servir para procurar una muerte tranquila y fácil.” Es importante señalar que Bacon no sólo abogó por la procuración de una muerte tranquila, sino que fue el primero en hacer distinción entre la ayuda para preparar al alma para tener una buena muerte (eutanasia interior) y el acto eutanásico en rigor (eutanasia exterior).

Tanto para Bacon como para Moro, la voluntad del enfermo es un elemento *sine qua non* para la eutanasia activa, “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”, afirma Tomás Moro.

Ya en el siglo XVIII, se reconoció que la autodeterminación de la muerte era una decisión de ámbito privado y que, por lo tanto, no debía convertirse en crimen público. En 1785, David Hume, en su ensayo sobre el suicidio proclama el derecho a “despedirse de la vida”<sup>14</sup> y afirma que el fin de la moral es la felicidad y el gozo de vivir por lo que se desconoce la utilidad de la mortificación:

---

<sup>13</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *op. cit.* p. 98 y 99

<sup>14</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *op. cit.* p. 101

“cuando la vida se ha vuelto una carga, el coraje y la prudencia deben ayudarnos a acabar con nuestra existencia.”<sup>15</sup>

Rousseau también defiende el “suicidio virtuoso” y lo define como el acto por el que se pone fin a una vida aquejada por un sufrimiento que deshumaniza al individuo.

A principios del siglo XIX, Karl F. H. Marx presentó su *Eutanasia Médica* en la que critica a los médicos que se alejan del principio humanista y tratan enfermedades con un afán virtuoso, mientras que los pacientes son abandonados en cuanto descubren que son incapaces de cuidarlos y brindarles consuelo. De acuerdo a las propuestas del Dr. Marx, debe entenderse que no se espera que el médico evite la muerte, sino que su deber es aliviar el sufrimiento de sus pacientes cuando desaparece toda esperanza de cura.<sup>16</sup>

Schopenhauer (1788-1860) afirmó que toda vida es esencialmente sufrimiento y desestimó al suicidio como camino, ya que, de acuerdo a su filosofía, el suicida no renuncia a la vida en sí misma, sino a las condiciones en las que le ha tocado vivir, por lo que optar por el suicidio es una salida cuando los terrores de la vida pesan más que los terrores de la muerte.

Ya en el siglo XX, en Europa, hace su aparición el existencialismo como movimiento filosófico y humanístico preocupado por los problemas inherentes a la condición humana, como el absurdo de vivir, el tema del tiempo, la libertad, la relación Dios-hombre, etc. El suicidio para los existencialistas es una

---

<sup>15</sup> Álvarez y Kraus mencionan como fecha de publicación del ensayo de Hume el año de 1777. Álvarez, Asunción y Kraus, Arnoldo. *La Eutanasia*. Ed. CONACULTA, México, D.F., 1989, p. 9

<sup>16</sup> Más adelante hablaremos de la medicina paliativa como medio de consuelo y alivio. Álvarez del Río, Asunción. *Práctica y Ética de la Eutanasia*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 2005. p. 26

manifestación clara de la libertad individual. Es el hombre que toma las riendas de su existencia y de sus actos.

En 1873, L.A. Tollemache publicó su artículo “La cura de los incurables” en el que se manifiesta abiertamente a favor de la eutanasia voluntaria.<sup>17</sup> Esta publicación apareció en apoyo a las propuestas de S.D. Williams.

A partir de la primera mitad del siglo XX, se comienza a discutir la conveniencia de legalizar la eutanasia y surgen las primeras asociaciones en defensa del derecho a una muerte digna. Filósofos, teólogos, juristas, políticos y médicos se unen a estos esfuerzos. Sin embargo, ensayos como *La liberalización de la vida sin valor*<sup>18</sup> y el genocidio nazi que apoyaban, basados en consideraciones eugenésicas, socioeconómicas y experimentales, la eliminación sistemática de sujetos lisiados, débiles mentales y de minorías raciales, dio como resultado que los esfuerzos por legislar la eutanasia sufrieran un terrible revés.

No fue sino hasta la finalización de la Segunda Guerra Mundial cuando la vorágine de avances tecnológicos incluyó avances significativos en el tratamiento de enfermedades que posibilitaron prolongar la vida incluso ante dolencias fatales, cuando comenzó la campaña contra el “encarnizamiento médico” y la “pérdida de la dignidad humana”, el tema de una muerte digna fue incluida en las agendas de trabajo de la sociedad.

---

<sup>17</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *op. cit.* p. 101

<sup>18</sup> Binding & Hoche, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, 1920

Las posturas favorables se basan en la supremacía de la voluntad, la libertad del individuo y la inutilidad del sufrimiento y el dolor, la superioridad de la dignidad humana.

Mientras que las posturas contrarias defienden la “santidad” de la vida humana, independientemente de las condiciones como se manifieste y sostienen que la eutanasia es una puerta que de abrirse, permitirá terminar de manera indistinta con la vida de las personas en condiciones precarias: enfermos terminales y personas con discapacidades.

### **1.3. Movimientos para Legalizar la Eutanasia**

Aun cuando han existido algunas propuestas aisladas durante el siglo XIX, no fue sino hasta el siglo XX cuando se identifica un movimiento más concreto y serio para tratar de legislar el derecho a morir. La revisión de estas iniciativas nos permitirá identificar los elementos del marco conceptual de la eutanasia que han tratado de responder a las inquietudes de la sociedad.

Durante el primer tercio del siglo XX, la característica común de las propuestas es su generalidad: basta el deseo del paciente terminal y la anuencia del médico o de algún comité para consentir con la terminación anticipada de la vida, entre estos proyectos están las propuestas de Nobel (Italia, 1902), la de Anna S. Hall (Ohio, EUA, 1906), la de Sara Harris (Nueva York, EUA, 1912)<sup>19</sup> y la del Gran Cantón de Zurich (Suiza, 1926).

---

<sup>19</sup> El Congreso de Nueva York no sólo rechazó la propuesta, sentenció que todo el que se manifestara en apoyo de la muerte de personas aquejadas por dolencias incurables, físicas o mentales, sería acusado de crueldad.

Los proyectos alemanes de 1909 y 1912 contemplan un procedimiento más complejo, ya que no sólo era necesaria la petición, se requería la opinión de un comité médico sobre la condición del paciente y la autorización del tribunal para acceder a la petición del enfermo.<sup>20</sup>

Por otra parte y como ejemplos de propuestas de eutanasia eugenésica está el proyecto del Dr. Gregory (Iowa, EUA, 1906) para eliminar a todo incurable, débil e idiota, incluidos los niños.<sup>21</sup>

En 1936, el Dr. Millard redactó una propuesta de legalización de la eutanasia que ya contemplaba salvaguardas al procedimiento: el solicitante debía ser mayor de 21 años; sufrir una enfermedad incurable y fatal, y firmar una solicitud de muerte ante dos testigos a la que debía anexarse dos certificados médicos.

La solicitud debería someterse a un procedimiento en el que se solicitaría la anuencia y revisión por parte de un *Euthanasia Referee* nombrado por el ministro de salud y de una corte especial, que, en caso de consentir la petición, otorgaría un certificado al solicitante y otro al médico quien debería ejecutar la orden frente a un testigo oficial.<sup>22</sup>

Aunque la propuesta fue rechazada por la Cámara de los Lores por 35 votos contra 14, ésta dio origen a la primera sociedad eutanásica del mundo: la Asociación Británica pro Eutanasia Voluntaria.

---

<sup>20</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 372 y 373

<sup>21</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 368

<sup>22</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *op. cit.* p. 110

El proyecto de Nebraska (EUA, 1938) rescató los requisitos y procedimientos del Dr. Millard, pero no era condición indispensable que la enfermedad fuera mortal.

Entre 1939 y 1945 se dio curso al proyecto Albatros, un ejercicio de eutanasia eugenésica y económica de gran envergadura que resultó en el exterminio sistemático de seres humanos disminuidos física o mentalmente o pertenecientes a las llamadas “razas inferiores”.<sup>23</sup>

A pesar de que el holocausto no debe considerarse como parte de la lucha por el reconocimiento de un derecho a morir dignamente, ya que no se observan móviles piadosos ni respeto a la voluntad de los pacientes, este hecho supuso un gran descalabro para la lucha a favor de la eutanasia: desde entonces aquellos que abogan por la santidad de la vida incluyen entre sus argumentos el de la “pendiente resbaladiza” como sombra infame del exterminio nazi.

Como respuesta al peligro de la “pendiente resbaladiza”, las propuestas para legislar la eutanasia a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial se enriquecen con salvaguardas y candados para evitar abusos, así en la propuesta de Nueva York de 1947, los solicitantes deben ser capaces y sin esperanzas de curación.<sup>24</sup>

En 1969 en Inglaterra, Glanville Williams simplifica el proyecto del Dr. Millard y propone la exculpación de los médicos que cumpliendo con la solicitud de un paciente gravemente enfermo, acelerara su muerte.

---

<sup>23</sup> Humphry menciona un decreto secreto firmado por Hitler el 1 de septiembre de 1939 por el que se nombra al Reichsführer Bouhler y el Dr. Brandt como encargados de la eliminación de todo incurable. Humphry, Derek y Wickett, Ann. *El Derecho a Morir. Comprender la Eutanasia*. Ed. Tusquets. Barcelona, España, 1989. p. 43

<sup>24</sup> Pérez Valera, Víctor Manuel. *op. cit.* p. 111

Esta fórmula incluye la calificación del solicitante y de su enfermedad. Todo solicitante debía ser un “paciente cualificado” (persona capaz y mayor de 21 años) y debía estar aquejado por una “condición irremediable” certificada como tal por dos médicos.<sup>25</sup>

#### **1.4. Casos relevantes**

##### **1.4.1. El caso Postma, Holanda, 1971.**

En octubre de 1971, la Doctora Geertrudía Postma inyectó a su madre doscientos miligramos de morfina por vía intravenosa.

La madre de la Dra. Postma había sufrido una hemorragia cerebral que la había dejado paralizada, sorda y casi muda. Había sido transferida a un hospicio donde pasaba el tiempo atada a una silla para evitar que se cayera ya que le era imposible mantenerse erguida.

El dolor que le provocaba la visión de su madre disminuida de ese modo y sus insistentes ruegos para terminar con esa situación, orillaron a la Dra. Postma a inyectarle una dosis mortal de morfina, esperó a que muriera y fue a comentar su acción con el director de hospicio, quien la puso a disposición de las autoridades.<sup>26</sup>

La Dra. Postma fue declarada culpable de homicidio piadoso, pero la pena fue extraordinariamente benévola: una semana de suspensión laboral y un año de libertad condicional (la pena máxima era de doce años de prisión).

---

<sup>25</sup> Una condición irremediable podía manifestarse como una enfermedad física, incurable y mortal; una afección dolorosa que provocara incapacidad permanente o severa aflicción, o daño cerebral que socavara irreparablemente las facultades mentales normales del individuo. *Ibidem*.

<sup>26</sup> Álvarez del Río, Asunción. *op. cit.* p. 145

Sin embargo, este caso atrajo la atención de la comunidad sanitaria holandesa, varios médicos enviaron cartas al Ministerio Holandés de Justicia en las que confesaban su participación en actos similares.<sup>27</sup>

Por su parte, los vecinos de la Dra. Postma se agruparon y fundaron la Asociación pro Eutanasia Voluntaria, cuyos esfuerzos culminarían en la promulgación de la primera ley nacional que autoriza a los médicos a ayudar a morir a los pacientes que así lo soliciten (la ley fue promulgada el 28 de noviembre de 2000).

#### **1.4.2. Karen Quinlan, EUA, 1975.**

Karen Ann Quinlan, una joven de 21 años, cayó en coma profundo debido a una sobredosis de droga y alcohol. Su estado fue diagnosticado como “estado vegetativo persistente”<sup>28</sup> y la lesión cerebral como irreversible.

Tres semanas después, el señor Quinlan solicitó que Karen fuera desconectada del ventilador artificial. Los médicos se rehusaron ya que no se encontraban frente a un caso de muerte cerebral<sup>29</sup> y la desconexión podría considerarse como homicidio.

Los padres de Karen solicitaron la mediación judicial, sin embargo, un tribunal de primera instancia rechazó la petición bajo el argumento de que “no

---

<sup>27</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 145

<sup>28</sup> La experiencia médica ha demostrado que los pacientes que logran sobrevivir más de tres semanas en coma, pasan a un estado en el que no muestran evidencia de conciencia de sí o de su entorno, a pesar de presentar apertura ocular que se organiza en ciclos de sueño-vigilia. Este síndrome fue llamado por Jennett y Plum en 1972, “estado vegetativo persistente” (EVP). También fue denominado “coma vigil”, “síndrome apático” y “muerte neocortical”. Volaric, Catherine y Mellado, Patricio, Dres. “Estado de Mínima Conciencia”. *Cuadernos de Neurología*. Vol. XXVII, Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 2003. Recuperado en <http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/2004/EstadoMinimo.html>

<sup>29</sup> De acuerdo a los criterios vigentes del Comité de Facultad de Medicina de Harvard, sólo podía diagnosticarse muerte cerebral cuando el electroencefalograma fuera plano y el paciente no presentara tono muscular ni reflejos a estímulos externos. Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 151

existe un derecho constitucional a morir que pueda ser alegado por los padres en nombre del hijo adulto incompetente”.

Joseph Quinlan apeló la decisión y la Suprema Corte de Justicia de Nueva Jersey no sólo concedió la petición, sino que reconoció que “todos los ciudadanos tienen un derecho a morir reconocido por el *common law* y constitucionalmente protegido por el derecho a la intimidad (*privacy*)”. Este derecho permite, bajo determinadas circunstancias, rechazar un tratamiento médico.

Adicionalmente, el Tribunal afirmó que este derecho puede ser ejercido por ciudadanos en situación de incompetencia mediante representante o tutor. En cuanto a la voluntad de Karen, el Tribunal basó su determinación en la reconstrucción hipotética de sus deseos, esto es, mediante juicio sustituto.

Finalmente para resolver el conflicto entre el interés del estado de preservar la vida y los derechos del individuo, la Corte estableció un *balancing test* para ponderar estos intereses. El tribunal concluyó que el interés del Estado de preservar la vida se debilita y el derecho a la intimidad aumenta, en la medida que la enfermedad avanza hasta el punto en que los intereses del individuo vencen a los del Estado.<sup>30</sup>

El epílogo de la historia es extraordinario, cuando el respirador fue retirado, Karen comenzó a respirar por su cuenta y sobrevivió diez años más.

El caso Quinlan sentó nuevas directrices médico-legales en el tratamiento del EVP y permitió que los testamentos de vida fueran aceptados como prueba

---

<sup>30</sup> Juanatey Dorado, Carmen. *op. cit.* p. 158-161

válida de la voluntad de un paciente para solicitar la interrupción de tratamientos médicos que prolonguen la vida con fundamento en el derecho a la intimidad.<sup>31</sup>

#### **1.4.3. Nancy Cruzan, EUA, 1983.**

El 11 de enero de 1983, el vehículo de Nancy Cruzan volcó. Fue ingresada en el hospital en estado de coma y tres semanas después se le diagnosticó en estado vegetativo persistente. Para facilitar su alimentación e hidratación, se le implantó una sonda a su estómago con el consentimiento de su esposo.<sup>32</sup>

La Corte Suprema de Justicia falló que, aunque la respiración y circulación se mantenían sin ayuda, ella no era consciente de su entorno salvo mediante actos reflejos a estímulos dolorosos; además presentaba lesiones cerebrales irreversibles; cuadriplejía con contracción y daño en sus cuatro extremidades.<sup>33</sup>

Los padres de Nancy solicitaron autorización judicial para retirar la alimentación parenteral. Aunque el juez de primera instancia autorizó la interrupción, el fiscal recurrió el fallo por considerar que, de acuerdo a la legislación de Missouri, no existían pruebas claras de la voluntad de Nancy.

Durante la revisión, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos reconoció la existencia de un derecho a morir, pero contrario a las opiniones previas de los tribunales estatales, éste no se deriva del derecho constitucional que protege la intimidad (*privacy*), sino del derecho a la autonomía individual reconocida por el *common law* y la Decimocuarta Enmienda, *i.e.*, el derecho a morir es una manifestación de libertad.

---

<sup>31</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 153

<sup>32</sup> *Cruzan by her Parents and Co-Guardians v. Director, Missouri Departamento f Health*. Suprema Corte de los Estados Unidos. Expediente 497 U.S. 261. 25 de junio de 1990. Recuperado en <http://www.law.umkc.edu/faculty/projects/ftrials/conlaw/cruzan.html>

<sup>33</sup> EXIT. *Casos en la Historia*. Exit's Fastaccess. Escocia, Reino Unido, 2003. Recuperado en: [http://www.euthanasia.cc/sp\\_vess.html](http://www.euthanasia.cc/sp_vess.html)

El Tribunal sostuvo la opinión que junto al derecho a morir se encuentra el derecho del Estado a proteger la vida de los individuos y que estos intereses deben ser valorados en cada caso para determinar cuál debe prevalecer.

En virtud de esta sentencia que los obligaba a presentar pruebas de los deseos de Nancy, los Cruzan debieron acudir nuevamente ante el juez de primera instancia presentando pruebas testimoniales de amigos de Nancy para reconstruir su voluntad.

Debido al apoyo popular que había ganado el caso, el fiscal renunció a recurrir la sentencia esta vez y en diciembre de 1990 se retiró la alimentación a Nancy, quien murió dos semanas después.

Este caso impulsó el Acta de Autodeterminación del Paciente (*Natural Death Acts*) a nivel nacional gracias a la cual toda persona capaz puede rechazar, bajo determinadas circunstancias, un tratamiento y obliga a los médicos a respetar las decisiones (*advance directives*) bajo el derecho de autonomía del individuo.<sup>34</sup>

#### **1.4.4. Dr. Kervorkian, EUA, 1990-1998.**

En la década de los 90, el Dr. Jack Kervorkian—conocido como “Dr. Death”—asistió a más de 130 personas a terminar con su vida.

La primera paciente que Kervorkian ayudó a morir, en 1990, fue Janet Adkins, una mujer de 54 años a quien se le había diagnosticado Alzheimer y que quería evitar el progreso de la enfermedad.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Juanatey Dorado, Carmen. *op. cit.* p. 184

<sup>35</sup> Álvarez del Río, Asunción. *op. cit.* p. 91

En diversas ocasiones, Kervorkian fue procesado por homicidio, pero fue absuelto de todos los cargos debido a que en Michigan no se castiga el auxilio al suicidio.

Los pacientes del Dr. Death inducían la muerte mediante el Thanatron, un dispositivo que inyectaba distintas sustancias letales, por lo que en sentido estricto, los pacientes se suicidaban y Kervorkian no podía ser culpado de homicidio.<sup>36</sup>

Kervorkian ha sostenido que la eutanasia es la respuesta que buscan aquellos que sufren enfermedades incurables que los agotan física y moralmente, y que es obligación del médico atender al enfermo hasta sus últimas consecuencias.

En 1999, Kervorkian fue sentenciado a una condena de 10 a 25 años por el asesinato en segundo grado de Thomas Youk. Contra su práctica habitual, en este caso, Kervorkian no se limitó a asistir el suicidio, sino que aplicó una inyección letal a Youk, esta acción fue registrada en un video que el propio Kervorkian presentó en el programa del 22 de noviembre de 1998 de *60 minutes*.<sup>37</sup>

El Dr. Kervorkian fue liberado bajo palabra el 1 de junio de 2007 en atención a su delicado estado de salud y con la condicionante de que no podría

---

<sup>36</sup> Un médico debía colocar una sonda a una vena del paciente para permitir el goteo de las sustancias, a continuación el paciente accionaba un botón para liberar el Tiopental y cloruro de potasio. La muerte sobreviene por paro cardíaco, sin dolor, durante un sueño profundo. Juanatey Dorado, Carmen. *op. cit.* p. 166

<sup>37</sup> The Kervorkian Verdict: Chronology of Dr. Jack Kervorkian's Lief and Assited Suicide Campaign. *Frontline*. Public Broadcasting Service 1995-2009. EUA (sin fecha). Recuperado en <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/kervorkian/chronology.html>

ayudar a ningún otro enfermo a morir, pero ha continuado su activismo a favor de la eutanasia.<sup>38</sup>

#### **1.4.5. Ramón Sampedro, España, 1998.**

A los 25 años, un accidente dejó parapléjico a Ramón Sampedro. Durante un cuarto de siglo luchó para que la justicia española no persiguiera a los que le ayudaran a suicidarse.

Ante las constantes negativas de los tribunales de Barcelona y La Coruña, en los primeros días de 1998, Sampedro llevó a cabo un elaborado plan para proteger a sus amigos. Repartió once llaves y a cada uno le encomendó una pequeña tarea. Sus últimos momentos fueron preservados en video.

Los tribunales evitaron pronunciarse en ningún sentido en este caso, incluso cuando siete años después, Ramona Maneiro, la compalera sentimental de Sampedro admitió que le había suministrado el vaso con cianuro, el caso fue sobreseído bajo el argumento de que las responsabilidades penales habían prescrito.<sup>39</sup>

Misma suerte tuvo la queja de Manuela Sanlés, cuñada de Sampedro ante el Comité de Derechos de la ONU ante la negativa del Tribunal Constitucional español a resolver el proceso iniciado por el propio Sampedro sobre la presunta violación de sus derechos a una vida digna.

---

<sup>38</sup> El 12 de marzo de 2008, el Dr. Kervorkian anunció su intención de lanzarse como candidato independiente al congreso de Michigan. CNN. "Kevorkian to run for office". *CNN Politics*. Cable News Network. Turner Broadcasting System, Inc., EUA, 2009. Recuperado en <http://politicalticker.blogs.cnn.com/2008/03/12/kevorkian-to-run-for-office/>

<sup>39</sup> X. Hermida y X.M. Pereiro. "Ramona Maneiro admite ante el juez que ayudó a morir a Sampedro." *El País*. Santiago de Compostela, España, 10 de febrero de 2005. Recuperado en <http://www.elpais.es/todo-sobre/persona/Ramon/Sampedro/1422/>

La demanda invocaba el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ratificado por España en 1977 en el que se reconoce el derecho a la intimidad, a la vida privada sin injerencias externas arbitrarias y de “tratos inhumanos o degradantes.”

El 30 de marzo de 2004, el Comité resolvió que la queja contra el gobierno español era “inadmisible” ya que el proceso penal había sido archivado sin fincar responsabilidades y la demandante no tenía condición de víctima.<sup>40</sup>

## **1.5. Estado Actual de la Eutanasia en el Mundo**

### **1.5.1. Las asociaciones para morir dignamente.**

Cabe destacar en el movimiento en pro de un derecho a morir con dignidad, los esfuerzos de las distintas sociedades eutanásicas del mundo entre cuyos logros se cuenta la aceptación del testamento vital como manifestación anticipada de la voluntad para rechazar tratamientos médicos y, la legislación neerlandesa que exculpa a los médicos que ayuden a morir a sus pacientes.

La organización pionera de este tipo fue la Asociación Británica pro Eutanasia Libre (Exit), fundada en Londres en 1935 con base en el ya mencionado proyecto del Dr. Millard, a la que siguieron la Asociación pro Eutanasia de Norteamérica, la Hemlock Society (E.U.A.), la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (Francia), por citar algunas.<sup>41</sup>

Entre las actividades que realizan las distintas asociaciones están la promoción de un clima de opinión pública favorable al derecho a morir con

---

<sup>40</sup> Mazón Costa, José Luis. “La Lucha Póstuma de Sampedro.” *El País.es*. España, 11 de enero de 2005. Recuperado en [http://www.almendron.com/politica/pdf/2005/spain/spain\\_1810.pdf](http://www.almendron.com/politica/pdf/2005/spain/spain_1810.pdf)

<sup>41</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 33

dignidad; la elaboración de propuestas de clarificación y modificación de leyes en defensa del derecho a morir. En particular, la legalización de la eutanasia voluntaria activa para los enfermos en estado terminal (que se practicaría siempre a petición del sujeto y con la debidas garantías); la distribución de impresos para la formulación de declaraciones anticipadas de voluntad para no ser mantenido artificialmente con vida si no existen posibilidades de recuperación y de recibir la medicación contra el dolor y sufrimiento, aunque ello acelere la muerte, y algunas, incluso, distribuyen entre sus miembros instrucciones y consejos para la práctica de la “autoliberación” (suicidio justificado).<sup>42</sup>

La Federación Mundial de las Asociaciones para el Derecho a Morir agrupa a 38 de estas organizaciones que trabajan en la protección de los derechos de autodeterminación del final de la vida, mediante información pertinente, cooperación entre sus miembros, conferencias internacionales, apoyando la formación de otras asociaciones donde no existen y respondiendo a las preguntas de grupos interesados sobre el derecho a morir.<sup>43</sup>

La Federación ha resumido sus finalidades en el Manifiesto de Toronto:

La Federación Mundial de Asociaciones pro Derecho a Morir responde a la preocupación creciente sobre el derecho a morir. Creemos en los derechos y la libertad de todas las personas para morir con dignidad, lo que significa en paz y sin sufrimiento.

---

<sup>42</sup> DMD. *La Fundación de AFDMD*. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. Madrid, España, (sin fecha). Recuperado en <http://www.eutanasia.ws/historiadmd.html>

<sup>43</sup> The World Federation of Right to Die Societies. *Ensuring choices for Dignified Death*. The World Federation of Right to Die Societies., Toronto, Canadá, 2009. Recuperado en <http://worldrtd.net/node/531>

Todo adulto competente –sin importar su nacionalidad, profesión, creencias religiosas y puntos de vista políticos o éticos— que padezca una enfermedad incurable debe poder elegir entre varias formas de terminación de su vida. La muerte es inevitable. Creemos firmemente en que la forma y tiempo de morir deben ser una decisión individual, suponiendo que estas demandas no resultan en un daño mayor a la sociedad que la tristeza provocada por la muerte de un ser querido.

Las decisiones de cada individuo, una vez informado plenamente sobre su diagnóstico y medios de alivio, deben ser respetadas como una expresión intrínseca de los derechos humanos.<sup>44</sup>

Mencionamos como uno de los logros más importantes de estas asociaciones, el reconocimiento del testamento vital, los antecedentes de este instrumento se remontan al año 1969 en los Estados Unidos cuando Louis Kutner, retomando la propuestas de médico y abogado Arthur Levisohn, propuso un mecanismo para que la ley pudiera reconocer como válida la voluntad anticipada de una persona para limitar o renunciar a un tratamiento médico en la fase terminal de una enfermedad incurable.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> The World Federation of Right to Die Societies. *Toronto Manifiesto Tokio 2004/Toronto, 2006*. The World Federation of Right to Die Societies. Toronto, Canadá, 2006. Recuperado en <http://worldrtd.net/node/840>

<sup>45</sup> Esta iniciativa originó el Consejo para la Educación sobre la Eutanasia, Humphry, Derek y Wickett, *Ann. op. cit.* p. 125

Con fundamento en la inviolabilidad del cuerpo humano, Kutner propuso la creación del testamento vital,<sup>46</sup> documento por el cual su otorgante, en posesión plena de sus facultades mentales y físicas, pudiera señalar el alcance de cualquier tratamiento médico, futuro.

Aunque la propuesta se presentó originalmente en 1973 en Massachusetts y Delaware, no sería sino hasta 1976 cuando el testamento vital entraría en vigor en California.

Sin embargo, en ese mismo año de 1973 y gracias a esta propuesta, la Asociación de Hospitales Norteamericanos reconoció el derecho del paciente a elegir la muerte como consecuencia del rechazo de cualquier tipo de tratamiento, e incluyó este derecho en la Declaración de Derechos del Paciente.<sup>47</sup>

El testamento vital es un documento con indicaciones anticipadas que realiza una persona mayor de edad, capaz, libre y en situación de lucidez mental para que sea tenido en cuenta cuando, a causa de una enfermedad o de otro evento, ya no le sea posible expresar su voluntad. Lo novedoso estriba en que la persona define lo que considera una muerte digna, y que hace obligatorio para el personal sanitario respetar sus disposiciones aun cuando vayan en contra de la opinión del médico o se trate de un paciente con una condición física o mental incurable o irreversible.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> El Dr. Kutner argumentaba que el testamento vital se basa en la analogía de la figura de cesión revocable o condicional, en la que el paciente cede su cuerpo (como *res*) siendo al mismo tiempo beneficiario y cesionista, y el médico y el hospital actúan como garantes. *Ibidem*

<sup>47</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 142

<sup>48</sup> AFDMD. *Indicaciones útiles para los firmantes de las Voluntades Anticipadas/Testamento Vital*. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. Madrid, España, (sin fecha). Recuperado en <http://www.eutanasia.ws/dmdtvespana.html>

Existen múltiples modelos de testamento vital dependiendo de la persona, sistema legal o médico que le da origen y la organización que lo promueve. Por ejemplo, en el modelo de la Iglesia Católica Romana permite que sus adeptos acepten medios y tratamientos necesarios para lograr una curación parcial (distanacia proporcionada); pero pueden renunciar a medios extraordinarios, al encarnizamiento terapéutico o al mantenimientos artificial de la vida (distanacia desproporcionada); también pueden aceptar la eutanasia indirecta que puede causar la terapia contra el dolor o el avance de la condición, pero deben renunciar a la eutanasia activa y atenerse a la doctrina enseñada por el Magisterio Pontificio.<sup>49</sup>

Otras organizaciones no religiosas o administraciones públicas poseen modelos diferentes de testamento vital, entre las disposiciones más comunes que pueden contener se encuentran: la renuncia al mantenimiento de la vida por medios artificiales (soporte vital, fluidos intravenosos, medicamentos o suministro artificial); la aceptación de terapia para el dolor aunque implique un acortamiento de la vida; la autorización de eutanasia directa, en caso de encontrarse en un estado particularmente deteriorado (daño cerebral severo e irreversible, tumor maligno diseminado en fase avanzada, enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o sistema muscular en fase avanzada, demencias preseniles, seniles o similares, enfermedades o situaciones de gravedad comparables); la designación de un representante para que vigile el cumplimiento del testamento vital y que tome las decisiones necesarias para tal fin, y la liberación de

---

<sup>49</sup> Diócesis de Orlando. *Declaración Católica sobre la vida y la muerte: testamento vital*. Diócesis de Orlando. Florida, Estados Unidos de América, 2005. Recuperado en <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/342/786/articulo.php?id=27444>

responsabilidades civiles y penales para los médicos tratantes, así como la reserva del derecho de revocación.

La declaración de voluntades anticipadas se formaliza mediante un documento escrito que puede ser registrado en los lugares donde se prevé una oficina para tales fines o ante las organizaciones que promueven el derecho a morir, en los Estados Unidos, por ejemplo, existe un sitio en línea (*US Living Will Registry*) para registrar los testamentos viates y apoderados legales, que facilita la consulta de estos documentos en caso de emergencia por el personal de salud.<sup>50</sup>

El testamento vital ha facilitado el cumplimiento de la ley, por ejemplo, la jurisprudencia de los Estados Unidos exige que para suspender la atención de un paciente incapaz de comunicarse, debe existir un documento que contenga los deseos del paciente en este sentido, por lo que el testamento vital ha funcionado como prueba contundente del consentimiento.

Además, existe un importante movimiento de legislación de la “ortonesia” que, basado en la figura del testamento vital, acepta que un paciente pueda rechazar el encarnizamiento médico para no alargar de manera innecesaria su vida.<sup>51</sup>

### **1.5.2. La legislación mundial.**

En 1995 con la aprobación del Acta de Derechos para los Enfermos Terminales (*Rights of Terminally Ill Act 1995*, conocida como ROTI), el territorio

---

<sup>50</sup> Véase los servicios que ofrece la ADMD en <http://www.eutanasia.ws/dmdtvespana.html> y el funcionamiento del *US Living Will Registry* en <http://www.uslivingwillregistry.com/>

<sup>51</sup> Es el modelo adoptado por algunas legislaciones estatales en México y de la propuesta uruguaya. Veremos más ampliamente el tema en el capítulo cuarto de este trabajo.

norte de Australia se convirtió en la primera jurisdicción en el mundo que había legalizado el suicidio asistido y la eutanasia activa.<sup>52</sup> La ley entró en vigor en julio de 1996 y fue revocada el 25 de marzo de 1997 en virtud del conflicto entre las leyes nacionales (*Commonwealth*) y regionales. Durante su vigencia, ocurrieron cuatro muertes.<sup>53</sup>

En la actualidad, la sociedad neerlandesa es la única con una justificación legal de la eutanasia activa. Los casos Postma y Alkmaar,<sup>54</sup> los esfuerzos de la Asociación pro Eutanasia Voluntaria y los resultados de la Comisión Remmelink de 1990, favorecieron que el parlamento holandés aprobara el 10 de abril de 2001, la Ley de Terminación de la Vida y el Suicidio Asistido que enmendaba las disposiciones del Código Penal<sup>55</sup> para exculpar al médico que atendiera la solicitud de un paciente para ayudarlo a terminar con su vida, siempre que hubiera observado los requisitos legales de debida diligencia y notificara el hecho a la comisión regional de verificación de eutanasia. Con la inclusión del término “debida diligencia” se le reconoce a la eutanasia el estatus de

---

<sup>52</sup> *Rights of the Terminally Ill Act 1995*. Northern Territory of Australia. Territorio Norte, Australia, 1995. Recuperado en <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/roti95.pdf>

<sup>53</sup> El Dr. Nitschke, el principal promotor de la eutanasia en Australia, desarrolló un sistema de automedicación activado por computadora. Se aplicaba una intravenosa al paciente y a partir de tres pantallas sucesivas era advertido de que de persistir en su intento recibiría una dosis mortal de medicamentos. Este método fue llamado “muerte por laptop”. Internacional Task Force. Australia: *Death by Laptop. Assisted Suicide & Death with Dignity: Past, Present & Future – Part III: International Perspective*. Internacional Task Force. Ohio, EUA, 1996-2000. Recuperado en [http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005\\_3.htm#235](http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005_3.htm#235)

<sup>54</sup> Llamado así por el distrito donde se presentó el incidente: En 1984, se llevó a juicio al Dr. Schoonheim por haber facilitado la muerte de Carolina B., una paciente de 85 años gravemente enferma. En este caso, se alegó un conflicto entre el deber de no matar y el deber profesional del médico de aliviar el sufrimiento, esta controversia trascendió a la Suprema Corte de Justicia y como resultado, la KNGM (Real Asociación Médica Neerlandesa) reconoció que existen situaciones en las que el médico se puede ver obligado a acelerar la muerte de un paciente. Álvarez del Río, Asunción. *op. cit.* p. 147 y 148.

<sup>55</sup> Artículo 293 del Código Penal Neerlandés. Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 225

tratamiento médico y asegura que la práctica se lleve a cabo con los máximos cuidados.<sup>56</sup>

La legislación holandesa define tres elementos esenciales para considerar que se ha tipificado válidamente los presupuestos de eutanasia: la intención deliberada de la acción, la voluntad del paciente, y que el sujeto activo sea médico. Además se solicita que el paciente sea mayor de 16 años,<sup>57</sup> que padezcan condiciones de sufrimiento insoportable y sin posibilidad de recuperación; que hayan solicitado la eutanasia de forma voluntaria; que una segunda opinión médica confirme este diagnóstico, y que el procedimiento sea llevado a cabo de una forma médica apropiada.

Desde su sanción, la ley ha ido ampliando su espectro de aplicación, ahora también se reconoce la validez de las solicitudes anticipadas de pacientes mayores de 16 años que devengan incapaces y, desde marzo de 2005, se reconocen casos de eutanasia neonatal para enfermos terminales, espina bífida y otras discapacidades irreversibles.<sup>58</sup>

En Bélgica, la ley que legaliza la eutanasia fue aprobada el 28 de mayo de 2002 y entró en vigor el 23 de septiembre de 2002. En sus orígenes limitó sus alcances a adultos competentes y menores emancipados, sin embargo, dos años después se propuso la ampliación a niños y pacientes dementes, aunque la

---

<sup>56</sup> En virtud de que el sistema de seguridad social de Holanda cubre los costos de toda asistencia sanitaria, la eutanasia, en su carácter de tratamiento médico tampoco implica un gasto. Esto asegura que las motivaciones para solicitarla no están basadas en razonamientos pecuniarios.

<sup>57</sup> Los niños entre 12 y 16 pueden solicitar su muerte, pero sus padres o tutores deben estar de acuerdo. Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 239

<sup>58</sup> Internacional Task Force. The Netherlands: Dutch physicians led the way for the practice of eutanasia and assisted suicide. *Assisted Suicide & Death with Dignity: Past, Present & Future – Part III: Internacional Perspective*. Internacional Task Force. Ohio, EUA, 1996-2000. Recuperado en [http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005\\_3.htm#235](http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005_3.htm#235)

propuesta no fue autorizada de forma oficial se sabe de prácticas de eutanasia infantil en ese país.

En los Estados Unidos, el Estado de Oregón es el único territorio de ese país que cuenta con una legislación sobre suicidio médicamente asistido. La Ley de Muerte con Dignidad (*Death with Dignity Act* o “DWDA”) fue aprobada en 1994 y reafirmada en 1997. Esta ley, aunque prohíbe la eutanasia directa, faculta a los médicos a prescribir dosis mortales a los residentes del Estado para acelerar su muerte, que de acuerdo a esta disposición no será considerada como suicidio.<sup>59</sup>

Como requisitos se estipula que el paciente sea residente y mayor de 18 años, que padezca una enfermedad terminal con una esperanza de vida no mayor a seis meses, que conozca sus opciones, que haya solicitado la muerte y que exista una segunda opinión médica que confirme tanto el diagnóstico, como la capacidad del solicitante. Toda prescripción de este tipo deberá hacerse del conocimiento del Departamento de Servicios Humanos (DHS).<sup>60</sup>

“Lo que hace la ley en Oregón es llevar una gran tranquilidad a las personas enfermas en fase terminal que están sufriendo y que quieren pasar las últimas semanas de sus vidas con sus familiares y amigos en paz”, afirmó Scott Swenson, Director Ejecutivo del Centro Nacional para la Muerte con Dignidad.<sup>61</sup>

Debemos citar la legalización *de facto* en Suiza, ya que el código penal suizo prevé una exención de pena para aquel que ayude al suicidio de otra

---

<sup>59</sup> Oregon State. *Death with Dignity Act History*. Official Oregon State Web Site, Oregon, 2006. Recuperado en <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/History.pdf>

<sup>60</sup> Oregon State. *Death with Dignity Act History*. Official Oregon State Web Site, Oregon, 2006. Recuperado en <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/Requirements.pdf>

<sup>61</sup> En Oregón seguirá la eutanasia. *BBC Mundo.com*. BBC, Reino Unido, 27 de mayo de 2004. Recuperado en [http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid\\_3752000/3752137.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid_3752000/3752137.stm)

persona siempre que no medien “motivaciones egoístas”, por lo que mientras no se pruebe un móvil egoísta, cualquier persona que alegue que actuó para ayudar al suicida, puede quedar exenta de culpa.

Cabe destacar que aun cuando se compruebe un móvil egoísta, la pena es bastante benévola (no mayor a cinco años), además tampoco se requiere que el inculpado sea médico para ser beneficiado por ese trato, pero el auxilio al suicidio tampoco tiene, a diferencia de los Países Bajos y Oregón, el carácter de tratamiento médico.<sup>62</sup>

Por su parte, la Corte Constitucional colombiana ante la solicitud de revisar la validez del artículo 326 del Código Penal que tipifica como delito el homicidio por piedad, resolvió una justificación especial para los médicos que a respuesta de la solicitud de un paciente, propicie la muerte de este último. Por lo que con ello queda permitida la eutanasia activa en ese país.<sup>63</sup>

En Alemania no se ha legalizado la eutanasia, pero el artículo 216 del Código Penal contempla una pena atenuada para el homicidio a petición y el auxilio al suicidio no se persigue ya que el suicidio no es considerado delito, siempre que se trate de un suicidio “responsable”.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Internacional Task Force. Other Countries. *Assisted Suicide & Death with Dignity: Past, Present & Future – Part III: Internacional Perspective*. Internacional Task Force. Ohio, EUA, 1996-2000. Recuperado en [http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005\\_3.htm#235](http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005_3.htm#235)

<sup>63</sup> Lozano Villegas, Germán. “La Eutanasia Activa en Colombia: Algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional”. Cano Valle, Fernando, Díaz-Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coordinadores). *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2001

<sup>64</sup> El suicida debe ser una persona que no se encuentre aquejada por algún trastorno mental y que su conducta haya sido meditada y deliberada. Roxin, Claus, “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia”. Roxin, Claus, Mantovani, Ferrando, Barquín Sanz, Jesús y Olmedo Cardenete, Miguel. *Eutanasia y Suicidio: Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Ed. Colmenares, Granada, España, 2001. p. 25

Para aplicar el tratamiento del artículo 216 es fundamental que la víctima haya comunicado de forma inequívoca su voluntad de morir (no hay requisito formal), que este deseo persista en el momento decisivo y que el autor actúe movido por aquel. La víctima se “deja llevar por mano ajena al otro lado del umbral que conduce a la muerte.”<sup>65</sup>

Por su parte, en la legislación española, el artículo 143 del Código Penal regula la eutanasia activa y el auxilio al suicidio. Toda vez que el suicidio no se tipifica como delito, la inducción o cooperación al mismo quedan impunes con base en el principio de accesoriedad que rige la participación punible. Para lograr la eficacia jurídica de esta disposición es necesario que el suicida sea plenamente imputable (mayor de edad y sin trastornos psíquicos), que su manifestación de voluntad sea consciente, expresa y libre (se excluye, por lo tanto, el consentimiento tácito y el presunto).

El numeral 143.1 califica la inducción al suicidio; el 143.2 contempla la cooperación necesaria al suicidio, en el que se enmarcan las conductas por las que se proporcionan los medios para que el suicida lleve a cabo su acción, pero que no llegan a una cooperación ejecutiva, o la conducta omisiva de auxilio; el 143.3 contempla el homicidio consentido (análoga al concepto alemán del 216), y el 143.4 contempla la exención de pena para quien, “mediante actos necesarios de cooperación activa permitiere, propiciare o facilitare, la muerte digna y sin dolor de otra persona a petición expresa y debidamente acreditada de ésta, en caso de que sufriera una enfermedad grave que habría conducido

---

<sup>65</sup> Roxin, Claus, *ibidem*.

necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.”<sup>66</sup>

Relacionado con la eutanasia negativa, tanto el Distrito Federal como Aguascalientes en México y la República Oriental del Uruguay han promulgado legislaciones en materia de ortonasia y la declaración de voluntades anticipadas.<sup>67</sup>

## 1.6. Conclusiones

En la antigüedad, la buena muerte era la que se presentaba sin dolor ni sufrimiento, por lo que elegir la muerte sobre una vida deshonrada era considerado una decisión personal y justificada.

A partir de la filosofía judeo-cristiana, la muerte, al igual que la vida, son “regalos de un ser supremo, por ello el suicidio o su auxilio dejan de ser conductas toleradas y se transforman en actos contrarios a la moral.

La desaprobación al suicidio y la eutanasia (entendida como el auxilio a los moribundos para terminar su vida) se ha mantenido como un dogma en las sociedades actuales, incluso entre aquellas que no son mayoritariamente católicas, esto quiere decir que un criterio religioso ha evolucionado hasta convertirse en una norma jurídica.

---

<sup>66</sup> Barquín Sanz, Jesús, “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, Roxin, Claus *et al. op. cit.* p. 165-168

<sup>67</sup> Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. *Derecho del paciente a manifestar su voluntad anticipada en casos de procedimientos médicos*. República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 2009. Recuperado en <http://www.impo.com.uy/bancodatos/voluntad.htm#e1>

En una sociedad plural como la actual, se hace necesario revisar si las bases conceptuales de la prohibición del suicidio y de su auxilio todavía son válidas.

Los adelantos tecnológicos y el consecuente encarnizamiento médico, ha dado pie a una creciente preocupación por parte de la sociedad sobre la forma como morirán sus miembros, y en vista de los dilemas legales y morales que imposibilitan que los legisladores emitan una normatividad adecuada del auxilio al suicidio, ha sido la misma sociedad civil quien ha tomado en sus manos impulsar la legislación de la eutanasia.

Esto es: aun cuando existe un interés mundial por normar jurídicamente los actos de auxilio al suicidio, parece que no es sino hasta que la realidad excede a los marcos legales, que una sociedad se cohesiona y presiona a sus estadistas para que se aboquen firmemente a legislar el fenómeno, tal fue el origen de la legislación holandesa y la belga.

Por otra parte, en aquellos lugares donde la sociedad se muestra ambivalente, el camino ha sido más tortuoso; los legisladores evitan afrontar el tema y los jueces deben resolver de forma casuística y subjetiva, lo que resulta en criterios contradictorios. Este es el caso de los Estados Unidos.

En otros países, la sociedad civil se ha organizado en asociaciones que buscan el reconocimiento del derecho a la muerte digna. Los objetivos de este tipo de asociaciones van desde la creación de conciencia y propuestas legislativas sobre el tema hasta la ayuda activa a sus miembros para morir. En estos casos, el Estado se mantiene al margen de las acciones de este tipo de

sociedades y tolera sus actos, sin embargo, evita convertirse en un garante efectivo del derecho a morir y sus salvaguardas.

Aun definiendo claramente el perfil del otorgante, las formalidades de la solicitud de muerte anticipada, así como de salvaguardas y de los actos privilegiados, el principal problema que enfrenta el sistema de la eutanasia es el monitoreo y control para evitar las desviaciones.

Un sistema de monitoreo y control efectivo permitiría reforzar las salvaguardas y que el control judicial sólo fuera necesario como última instancia.

## 2. Marco Conceptual

En este capítulo confrontaremos los principales argumentos tanto a favor como en contra de la eutanasia. A partir de ello pretendemos encontrar los elementos para diseñar una propuesta que satisfaga de la mejor manera las inquietudes de la sociedad con respecto a las decisiones al final de la vida.

Los adelantos tecnológicos y el concomitante detrimento del consuelo a los moribundos (se muere mal y solo) ha acentuado nuestra preocupación sobre la forma como morimos. Tal como lo menciona Ana María Marcos: “La muerte ha dejado de ser un momento para convertirse en un proceso. Un proceso irreversible en el cual alguna función vital del ser humano se ha lesionado de tal modo que es imposible que se recupere, aunque otras partes sí se mantienen ‘vivas’.”<sup>68</sup>

Existe el temor de las personas que en sus últimos días, se encuentren “encadenadas” a situaciones indignas o bien recluidas en cuerpos inservibles o con capacidades muy disminuidas que comprometan sus habilidades emocionales, sociales y cognoscitivas. La muerte es el último acto social y por ello, para una gran mayoría nos preocupa cómo se desarrollará este hecho. “La manera en que termina la vida da significado a la totalidad y representa la última posibilidad para expresar los propios valores.”<sup>69</sup>

Sissela Bok presenta un esquema muy ilustrativo para identificar las distintas posiciones que se producen entre los que aceptan que el suicidio es

---

<sup>68</sup> Marcos del Cano, Ana María. La Eutanasia, Estudio Filosófico-Jurídico. Ediciones Jurídicas y Sociales, Madrid, España, 1999. p. 77

<sup>69</sup> Álvarez del Río, Asunción. *op. cit.* p. 74

una conducta aceptable o por lo menos tolerada y entre los que aceptan que debería ser lícito, bajo ciertos supuestos, terminar con la vida de otros.<sup>70</sup> Clasificados de esta manera, los puntos de vista encajan en nueve categorías dependiendo del margen de acción de cada punto de vista: son expansivos (E) cuando se acepta tanto la disposición de la propia vida como a la vida de los demás; son restrictivos (R) cuando consideran que en ciertas circunstancias es legítimo matarse o matar a los demás y, finalmente, son prohibitivos (P) cuando consideran que cualquier forma de matar es ilegítima.

		Matar a los demás		
		E	R	P
Matarse	E			
	R		A	B
	P		C	

Bok explica que en algún momento del debate de la eutanasia se han discutido los nueve puntos de vista, sin embargo los marcados con A, B y C adoptan un punto de vista restrictivo o prohibitivo en relación a matar a otras personas,<sup>71</sup> son los que se han discutido en los debates sobre la eutanasia, y que corresponden al auxilio médico al suicidio y el homicidio a petición.

<sup>70</sup> Bok, Sissela, "El auxilio médico al suicidio", Dworkin, Gerald, Bok, Sissela y Frey, R.G.. *La Eutanasia y el Auxilio Médico al Suicidio*. Ed. Akal, Barcelona, España, 2003 p.160

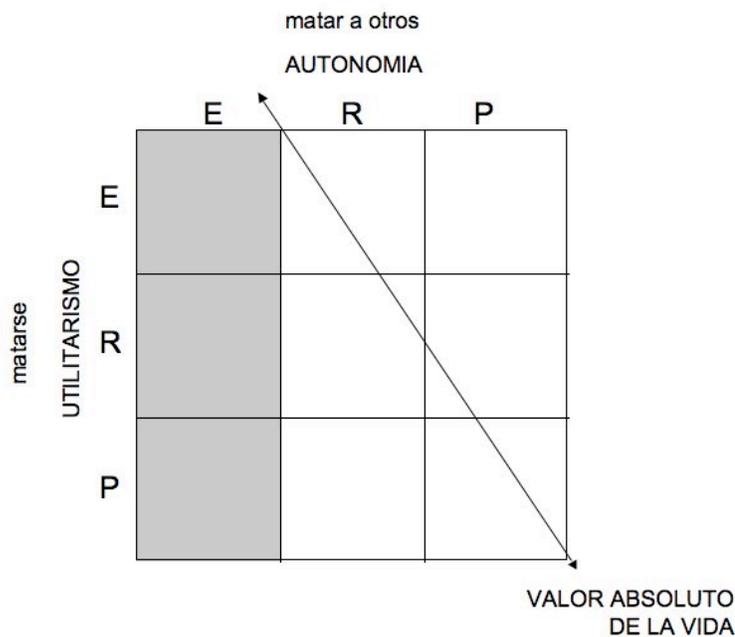
<sup>71</sup> Es interesante señalar que Sissela Bok indica "matar a otras personas *inocentes*" ya que da lugar a las opiniones a favor de las excepciones a la regla de "no matar" como la legítima defensa, el caso de guerra o el ajusticiamiento de criminales de guerra.

Las áreas sombreadas representan los puntos de vista extremistas que en la discusión de la legalización de la eutanasia no se toman en cuenta, ya que en ellas caben acciones moralmente inaceptables como las medidas eugenésicas y la eutanasia utilitaria como la Solución Final y el Proyecto Albatros nazi.

El punto A señala a aquellas posturas que aceptan el suicidio y el auxilio de terceros siempre que el individuo que desea morir tenga motivos fundados para ello. El B, por su parte, sólo justifica que en ciertas ocasiones puede uno optar por el suicidio, pero en ningún caso es aceptable ayudar a morir a otros, aun cuando ellos lo deseen.

El punto de vista C representa la postura que prohíbe la muerte ya sea de uno mismo o de otros y que sostienen los partidarios de la santidad de la vida.

Para facilitar la comprensión, se ha agregado a la matriz de Bok, la autonomía y el respeto a la vida, ya que son los argumentos de mayor peso en esta controversia, así como el utilitarismo como el fundamento de las posturas expansivas.



De esta forma podemos conceptualizar el marco de las opiniones y posturas por las que nos moveremos en este capítulo. El debate tradicional ha postulado la irreconciliabilidad de los valores del respeto a la vida (a la que también nos referiremos como conservadora o paternalista) y del ejercicio de la autonomía (a la que también llamaremos liberal o humanista), sin embargo también existen opciones más mesuradas que revisaremos para rescatar lo valioso de cada postura.

## **2.1. Definiciones Básicas**

### **2.1.1. Eutanasia.**

Para Claus Roxin es “la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia con sus propias convicciones.”<sup>72</sup> Para Dworkin es simplemente: “matar deliberadamente a una persona con benevolencia.”<sup>73</sup> Para la Asociación Médica Mundial es “el acto de terminar deliberadamente con la vida de un paciente, incluso ante la petición de éste.”<sup>74</sup> Finalmente, para Wimpert Hart y A.J. Overbeke, ambos médicos neerlandeses, es “la terminación intencional de la vida o la interrupción intencional de los procedimientos destinados a prolongar la vida, por un médico.”

Para efectos de esta reflexión, definiremos la eutanasia como la finalización intencional de la vida de un paciente o de la cesación intencional de

---

<sup>72</sup> Roxin, Claus. *op. cit.* p. 3

<sup>73</sup> Dworkin, Ronald. *El dominio de la vida: Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual.* ed. Ariel. Barcelona, España, 1989. p. 9

<sup>74</sup> The World Medical Association, *The World Medical Association Declaration on Euthanasia.* WMA, Madrid, España, 1987. Recuperado en <http://www.wma.net/e/policy/e13.htm>

los procedimientos o tratamientos destinados a prolongarle la vida, a petición de éste con el fin de evitar que sufra o que muera de un modo considerado por él, indigno.

También estudiaremos la posibilidad de diseñar los mecanismos que permitan amparar en esta figura a los pacientes incapaces o en inconsciencia irreversible para que puedan solicitar la finalización de su vida mediante representante o tutor o por juicio sustituto, siempre y cuando se demuestre que se actúa en beneficio del incapaz o para evitarle un mal mayor.

### **2.1.2. Eutanasia activa.**

Se entiende como eutanasia activa —también llamada positiva— aquella que tiene por objeto la finalización deliberada de la vida sin dolor y para terminar con el sufrimiento por medio de una terapia encaminada a procurar la muerte.<sup>75</sup> Implica una acción, como sería la administración de una droga.

### **2.1.3. Eutanasia pasiva.**

La muerte del paciente se presenta como resultado de una omisión. Puede revestir dos formas: la abstención o la suspensión terapéutica ya sea que no se inicie el tratamiento o se detenga el ya iniciado.<sup>76</sup>

Tradicionalmente, la eutanasia pasiva ha representado una opción de mayor aceptación que la activa, tanto desde el punto de vista legal, como el religioso y de opinión pública. La idea que tranquiliza las conciencias es que, ya que el enfermo se encuentra inmerso en un proceso de fatal desenlace (está gravemente enfermo), el abandonar el tratamiento terapéutico, simplemente se

---

<sup>75</sup> Álvarez, Asunción y Kraus, Arnoldo. *op. cit.* p. 7

<sup>76</sup> Fluvium, "Conceptos Generales". *Muerte Digna*. Fluvium, España, s.f. Recuperado en <http://www.muertedigna.org/textos/eutan.htm>

permite que la naturaleza siga su marcha.<sup>77</sup> En este caso, se entiende que “el deber de alargar la conservación de la vida cede frente a la obligación de atenuar el sufrimiento”,<sup>78</sup> ya que de prolongarse la vida, ésta sólo significaría una agonía más larga.

#### **2.1.4. Eutanasia voluntaria/ no voluntaria/ involuntaria.**

Si existe el consentimiento del paciente para morir estaremos frente a la eutanasia voluntaria. Si el paciente está incapacitado o inconsciente pero se reconstruye su consentimiento y la eutanasia es un acto de beneficencia, se considera eutanasia no voluntaria. Finalmente, si la eutanasia se lleva contra la decisión del paciente, se configura la eutanasia involuntaria.<sup>79</sup>

#### **2.1.5. Eutanasia directa/ indirecta.**

Hablamos de eutanasia directa cuando la muerte del paciente sobreviene directamente por una acción u omisión que tiene por finalidad provocar ese resultado.

Será indirecta cuando como efecto secundario del tratamiento se acelera la muerte, por ejemplo, el uso de morfina para reducir el dolor. También se conoce como “doble efecto”.

#### **2.1.6. Eutanasia utilitaria.**

Se habla de eutanasia utilitaria cuando el fin de la muerte responde a motivos racistas, discriminatorios, eugenésicos o económicos. El infanticidio, la eliminación de los individuos “inservibles” o limitados, el exterminio de razas consideradas inferiores son ejemplos de eutanasia utilitaria y que para efectos

---

<sup>77</sup> Más adelante estudiaremos el concepto “omisión a través de la acción” que implica este tipo de eutanasia y su problema jurídico.

<sup>78</sup> Roxin, Claus. *op. cit.* p. 8

<sup>79</sup> Álvarez del Río, Asunción. *op. cit.* p. 33

de este trabajo, no se consideran como parte de este debate, ya que forma parte de las tendencias expansivas del esquema de Bok y la eutanasia que estudiaremos es aquella que tiene como móvil la compasión y como fin primordial, la beneficencia del individuo.

#### **2.1.7. Auxilio al suicidio.**

Significa proporcionar, en forma intencional y con conocimiento, a una persona los medios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro. Cuando el que proporciona esta ayuda es un profesional de la salud, se considerará “auxilio médico al suicidio”. También se le llama suicidio (médicamente) asistido.

#### **2.1.8. Homicidio piadoso.**

“El homicidio que se comete impuesto por sentimientos de compasión y solidaridad, ante el ser que clama o ruega al agente para poner fin a sus días de sufrimiento agobiante. Subjetivamente, el agente actúa buscando ayudar a la víctima.”<sup>80</sup>

Para que se configure el homicidio piadoso o también llamado “a petición”, la víctima debe haber comunicado inequívocamente su solicitud de auxilio a morir, que su deseo perviva en el momento del acto y que el autor actúe motivado por aquél.<sup>81</sup>

El auxilio al suicidio y el homicidio a petición se diferencian al definir *quién es el titular del dominio del último acto que conduce a la muerte.*

---

<sup>80</sup> Poder Judicial de la República del Perú. “Homicidio piadoso”, *Diccionario Jurídico*. Poder Judicial de la República del Perú, Lima, Perú, 2007. Recuperado en [http://www.pj.gob.pe/servicios/diccionario/diccionario\\_detalle.asp?codigo=438](http://www.pj.gob.pe/servicios/diccionario/diccionario_detalle.asp?codigo=438)

<sup>81</sup> Roxin, Claus. *op. cit.* p. 41 y 42

## 2.2. Dilema: Santidad de la Vida vs. Autonomía

Si pretendemos ofrecer un mapa simplificado del debate de la eutanasia, podemos definir que el respeto a la vida y la autonomía son los argumentos centrales de éste. Aquellos que defienden la vida insisten en el valor absoluto e intrínseco de la misma, y que no admite excepción alguna ni siquiera en beneficio de un paciente *in extremis* o en atención a sus deseos y mejor interés.

Por el otro lado, los que fundamentan en la autonomía su punto de vista, argumentan que este valor es lo que hace que una vida humana pueda ser disfrutada en plenitud por lo que cualquier circunstancia que la vulnere gravemente puede ser considerada por el individuo como causa suficiente para elegir la muerte a una vida disminuida.

Jesús Barquín Sanz subraya que “hay un carácter absoluto y excluyente de las dos tesis extremas en sus términos esenciales (“reconózcase la primacía de la voluntad con todas sus consecuencias”, “reconózcase la santidad de la vida humana con todas sus consecuencias”)” que alimentan las posturas doctrinales extremas y que no permiten llegar a una solución del debate, para ello, continúa el autor, será necesario armonizar intereses en conflicto y atender a “una variedad de cuestiones y aspectos a menudo contradictorios”<sup>82</sup>, mismos que matizaremos en este capítulo.

---

<sup>82</sup> Barquín Sanz, Jesús. *op. cit.* p. 207

### 2.2.1. Santidad de la vida

El principio de santidad confiere a la vida un carácter de inviolabilidad y de supremacía frente a otros valores. Es un legado evidente de la tradición judeo-cristiana, ya que de acuerdo a esas religiones, la vida es un don otorgado por Dios y por ello, el hombre no puede atentar contra ella sin faltar a la caridad, a la justicia o al amor de Dios.

En la versión laica, el propietario de la vida es el Estado<sup>83</sup> y puesto que el hombre es un animal social, la sociedad tiene interés en mantener la vida de todos sus miembros, ya que los vínculos que cada individuo teje con sus semejantes y que no pueden ser rotos—así lo establece esta postura— por una decisión personal. El hombre, al estar inmerso en un tejido social, es titular de una serie de derechos y obligaciones de los que no puede desentenderse. Cualquier vida es valiosa porque le interesa a la comunidad.

La santidad de la vida se traduce en términos prácticos como un valor absoluto e intrínseco, por lo que sus principales propiedades son la inviolabilidad y la indisponibilidad.

Es un valor absoluto en tanto que no existe ninguna excepción a su supremacía, en la escala de valores, la vida ocupa el escaño más alto y prevalece sobre cualquier otro derecho o valor con el que pueda entrar en conflicto, incluidos el mejor interés o la voluntad del propio individuo.

---

<sup>83</sup> Para Jakobs, el Estado prohíbe el suicidio, ya que el suicidio puede adquirir la connotación de demostración de autonomía y desprecio de las normas estatales. El suicidio es el máximo acto de rebeldía “quien está en condiciones de desdeñar la muerte, puede permitirse todo frente a la autoridad”. Jakobs, Gunther. *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*. Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, España, 1999. p. 30-31

Esto es, aun cuando un individuo considera que es mejor para él, optar por el suicidio que tolerar una situación insufrible, el sentido moral debe privilegiar la vida antes que la libre elección.

El valor intrínseco de la vida se traduce en su valía "interna", la vida es importante independientemente de la apreciación que el titular y sus semejantes le otorguen. La vida humana es valiosa *per se* sin importar las condiciones y limitaciones con las que se manifieste. La vida de todo hombre debe ser protegida sin importar que el propio titular considere que vive en condiciones indignas de ser soportadas o en una condición de maleficencia irreversible.

Como derecho, la vida es inviolable en tanto que se exige respeto del propio titular y de los demás a no dañarla, y es indisponible en tanto que el titular no tiene derecho a decidir sobre ella. El derecho a la vida exige una obligación a vivirla.

En tanto que inviolable e indisponible, el punto de vista del respeto a la vida rechaza el suicidio (disposición de la vida propia) y cualquier tipo de eutanasia (disposición de la vida de otros), además del auxilio al suicidio o del homicidio a petición.

El silogismo resulta en que si el hombre no puede elegir sobre su propia vida, menos aún puede solicitar a otros su ayuda en un acto que a él mismo no le está permitido, por lo que el suicidio es ilícito.

Por otra parte, el homicidio a petición tampoco tiene cabida en este punto de vista ya que la vida es inviolable, por lo que es inaceptable que un ser humano prive de la vida a otro aun cuando actúe acorde a los deseos de la víctima.

Regresando a nuestro mapa, esta postura se representa en el cuadrante inferior derecho que prohíbe tanto la muerte propia como la muerte de los demás sin excepción alguna, entre los representantes de este punto de vista se puede encontrar a las tres principales religiones, cristianismo, judaísmo e islamismo, que condenan categóricamente la eutanasia activa y el suicidio.

Aunque como se tratará más adelante, el cristianismo y el judaísmo aceptan la eutanasia pasiva en algunos casos, el Islam, por el contrario, prohíbe cualquier tipo de eutanasia y hay una línea predominante de pensamiento que obliga a los médicos musulmanes a intentar salvar a un agonizante siempre que haya alguna probabilidad de éxito.<sup>84</sup>

#### **2.2.1.1. Críticas a esta postura.**

***Hay excepciones a la postura “toda vida humana es valiosa”, por lo que el valor absoluto de la vida es prima facie.***

Calsamiglia sostiene el argumento de que existen situaciones en las que la vida humana es sacrificable, por ejemplo, la vida de los enemigos en caso de guerra, la legítima defensa, la pena de muerte e incluso se pueden mencionar otros supuestos como lo son las situaciones de riesgo o en las que la probabilidad de fallecimiento por la práctica cotidiana de una actividad es muy elevada, como deportes extremos y profesiones peligrosas.<sup>85</sup>

Es por ello, prosigue, que el respeto a la vida debe mantenerse, pero con reservas, de tal forma que el respeto a la vida es un imperativo *prima facie*, esto

---

<sup>84</sup> Atighetchi, Dariusch. Islamismo y eutanasia. *Medicina y Ética*. 2008/2 Universidad Anáhuac, México, D.F. 2008. Recuperado en <http://www.anahuac.mx/ihcs/images/noticias/08-Me2-2.pdf>

<sup>85</sup> Por ejemplo en actividades en las que se pone en peligro la vida como los bomberos, policías y soldados o incluso en la práctica de deportes peligrosos. Calsamiglia, Albert, “Sobre la Eutanasia”, Vázquez, Rodolfo (comp), *Bioética y Derecho*. ed. ITAM, México, D.F. p.p. 155 -157

es, que se respetará la vida siempre que este respeto no se encuentre en pugna con otros derechos, como la autonomía del individuo que, para Calsamiglia, es el valor que debe regir el problema de la eutanasia.

Los partidarios del respeto a la vida argumentan, por una parte, que tratándose de profesiones y deportes peligrosos, aquellos que los practican no buscan la muerte como un fin, sino que aceptan arriesgar su vida y entonces la muerte es una posible consecuencia de su desempeño.<sup>86</sup>

Por otra parte, también argumentan que los criminales son ajusticados en virtud de su altísima peligrosidad, porque sus propios vínculos con la sociedad están rotos y son un amenaza para sus semejantes. Mientras que la guerra es un estado de excepción que exige medidas extraordinarias como el autosacrificio y la muerte de los enemigos.

Sin embargo, las réplicas contradicen la tesis principal: toda vida humana es valiosa sin importar sus condiciones; entonces debemos concluir que aun los partidarios del respeto a la vida, la consideran como sacrificable en ciertas circunstancias.

***Reduce la vida humana a sus aspectos biológicos sin considerar las vivencias, personalidad y deseo del individuo.***

El punto de vista del respeto a la vida sostiene que sin excepción toda vida humana es valiosa y hay un interés social en defender su integridad aun en contra de los deseos del titular de esa vida o de sus mejores intereses.

Esta tesis apoya un enfoque naturalista de la vida humana que la limita a ciertos presupuestos bio-fisiológicos, cualquiera que sea el estado, condición o

---

<sup>86</sup> Sambrizzi, Eduardo. *op. cit.* p. 40

capacidad de prestación del tipo que sea su titular, la vida es la que presenta la especie *homo sapiens* independientemente de que esa vida se manifieste como una “autocreación personal y cultural.”<sup>87</sup>

Sin embargo, lo que hace del ser humano una entidad única es la forma cómo ha conformado su personalidad en el ejercicio de su autonomía. El hombre es una creación biográfica que ha sido esculpida a golpes de libertad.

Es sin duda importante mantener una protección absoluta a la vida pero con carácter *prima facie*, ya que existen situaciones en las que se hace necesaria plantear excepciones. “La agonía de algunos requiere que el concepto del respeto a la vida sea contrastado con una serie de valores tales como la compasión, la libertad y la dignidad humana.”<sup>88</sup>

No es justo, además, que se condene a las personas a mantenerse vivas en contra de su voluntad cuando ellas mismas han concluido que sus expectativas para ejercer su autonomía se ven en extremo limitadas incluso para mantener vínculos sanos con sus semejantes.

La autonomía confiere una percepción subjetiva de mayor valor a la vida. “No es tanto que la gente desee ‘morir con dignidad’ sino que desean ‘morir en autonomía’ ya que lo que quieren es morir como seres humanos autónomos que están, por lo menos hasta cierto punto, en control de su propia vida.”<sup>89</sup>

### ***Invoca argumentos paternalistas en contra de la eutanasia.***

Para la facción conservadora, aun cuando una persona ha decidido de manera consciente y deliberada morir, este individuo comete un error y atenta

---

<sup>87</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 75

<sup>88</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 292

<sup>89</sup> Charlesworth, Max. *La bioética en una sociedad liberal*. ed. Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña, 1993. p. 36

contra sus propios intereses, ya que la muerte, concluyen, es un mal en cualquier caso, por lo que anulan esos genuinos deseos con acciones que protegen la vida. Suponen que conocen lo que es mejor para los otros y niegan la autonomía, actuando de forma paternalista.<sup>90</sup>

El paternalismo niega la validez de los mejores intereses y desestima que existan situaciones en las que la continuación de la vida puede ser más dolorosa y dañina que la muerte.

Con la excusa de asegurar el bien común o bien de defender los intereses públicos o un conjunto de valores esenciales sin los cuales defienden que una sociedad civilizada se vendría abajo, están dispuestos, de una forma totalmente autoritaria, a decir a la gente lo que es bueno para ellos y dictaminan prohibiciones sobre lo que podrían o no hacer con su vida.<sup>91</sup>

***Impone un punto de vista fundamentado en una creencia religiosa sobre una sociedad pluralista.***

A pesar de la separación de la Iglesia y el Estado, se pueden identificar puntos de vista, como el respeto a la vida que a pesar de sustentarse en un dogma religioso, se hacen de observancia obligatoria para todos los miembros de una sociedad incluso a aquéllos que no comparten los mismos valores y creencias. Esto es una contradicción en una sociedad que se dice pluralista y

---

<sup>90</sup> Dworkin, Ronald, *op. cit.* p. 251

<sup>91</sup> Charlesworth, Max. *op.cit.* p. 2

democrática y que promueve la diversidad de opiniones y que respeta la libertad individual.<sup>92</sup>

Charlesworth recomienda que en una “sociedad pluralista, la cultura dominante debe tolerar y ser sensible a las opiniones sobre la muerte y el morir de minorías culturales.”<sup>93</sup>

“Hacer que alguien muera en una forma que otros aprueban, pero que él cree que es una contradicción horrorosa con su propia vida, constituye una devastadora y odiosa forma de tiranía.”<sup>94</sup>

***Reclama la supremacía absoluta de la vida en la escala de valores.***

Existen situaciones en las que es trágico mantener a la vida en la escala superior de la escala de valores: el Tribunal Supremo de Nueva Jersey, en el caso Quinlan, estableció que debe existir un juicio de valor (*balancing test*) para ponderar el peso de los intereses en del Estado para preservar la vida y el derecho de intimidad del paciente y concluyó que conforme la enfermedad avanza y la calidad de vida del paciente se ve comprometida, el derecho del Estado disminuye mientras que el del paciente aumenta hasta que prevalece sobre el del Estado.

Los partidarios del respeto a la vida argumentan que todo paciente tiene derecho a “abandonarse” e incluso negarse a un tratamiento que pueda alargar su vida, sin embargo esto conlleva que estos pacientes son condenados a muertes lasrgas, atroces y más dolorosas de las que implicaría cualquier acto eutanásico.

---

<sup>92</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 154

<sup>93</sup> Charlesworth, Max. *op. cit.* p.50

<sup>94</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 284

Existe otro argumento de quienes sostienen esta tesis: la vida es el presupuesto de cualquier derecho, por lo que terminar con la vida, implica destruir el sustento del ser humano y de sus facultades para tener derechos y obligaciones. En este sentido, argumentan, la libertad (o autonomía) no puede estar por encima de la vida, ya que disponer la última, anula la primera.

### **2.2.2. Autonomía**

Se entiende como autonomía la capacidad de una persona de decidir sobre su destino y de configurar su experiencia de vida a partir de su particular sistema de valores y creencias.

El concepto real de autonomía, dice Max Charlesworth, contempla no sólo la capacidad del ser humano para ser su propio legislador, sino que trasciende a la sociedad en tanto que el individuo autónomo toma sus decisiones teniendo en cuenta sus responsabilidades y obligaciones con los otros y no como “islas de autoconvicción y autodirección”.<sup>95</sup>

La autonomía es el centro de toda filosofía liberal, y presupone el “reconocimiento de un actuar autorresponsable, de que cada ser humano tiene el derecho a determinar su propio destino vital y personal, con el respeto a sus propias valoraciones y a su visión del mundo”.<sup>96</sup>

Sin embargo, a pesar de lo mucho que se habla del respeto a la libertad individual, en la práctica seguimos atados a una tiranía paternalista de valores y creencias que disminuyen nuestra autonomía.

---

<sup>95</sup> Charlesworth, Max. *op.cit.* p. 20 - 27

<sup>96</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op.cit.* p. 178

Como ya se mencionó, parece increíble que a pesar de que nos enfrentamos a gobiernos que se autodenominan laicos y con sociedades pluralistas, todavía se sigan tomando decisiones políticas basadas en valores religiosos como la santidad de la vida. El hecho de que la mayor parte de una población profese una religión determinada no es argumento suficiente para imponer estas ideas sobre minorías que no comparten la misma confesión.

Sissela Bok menciona como crítica a esta postura conservadora: “La crítica al suicidio, con frecuencia se basa en argumentos religiosos o basados en la ley natural que sostienen que el suicidio viola el poder divino sobre la vida y la muerte o la ley de la naturaleza que impone la supervivencia. La dificultad central consiste en determinar lo que significa la ley natural o la voluntad divina.”<sup>97</sup>

En este tema en particular, la autonomía se manifiesta como la capacidad de toda persona a controlar las condiciones de su muerte.

Contrario a los argumentos de la postura conservadora, el liberalismo sostiene que lo más importante no es la vida en su manifestación biológica, sino la forma como cada individuo enriquece su existencia a partir de sus elecciones cotidianas que hacen de la vida un acontecimiento único e irrepetible. “La autonomía confiere valor a la vida.”<sup>98</sup>

Ahora bien, que la capacidad de ejercer la autonomía sea un elemento de consideración a favor del derecho a decidir sobre la muerte propia, no quiere decir de ninguna forma que vidas disminuidas o con una capacidad de albedrío limitada deberían ser menospreciadas o que se favorezca su eliminación. El

---

<sup>97</sup> Bok, Sissela, “El Suicidio”, Dworkin, Gerald *et al. op. cit.*, p. 123

<sup>98</sup> Calsamiglia, Albert, “Sobre la Eutanasia”, Vázquez, Rodolfo (comp). *op.cit.* p. 153

valor de la vida debe mantenerse como absoluto, pero con una condición *prima facie* esto es, que se admite su disposición cuando el titular considera que está actuando en su propio beneficio o en concordancia con sus valores. “Sólo la vida libremente deseada por el titular puede merecer el calificativo de bien jurídico protegido.”<sup>99</sup>

Las posturas A y B se fundamentan en este argumento. Son restrictivas en cuanto a que la posibilidad de matar a otros estará supeditada al cumplimiento de ciertas salvaguardias que deberán incluir obligatoriamente el consentimiento del paciente.

Se tiene como ejemplo de esta postura A, las legislaciones del Territorio Norte de Australia (ROTI, 1995), de los Países Bajos, de Suiza y el Budismo que toleran la eutanasia activa y el auxilio al suicidio.

El Budismo, en particular, establece que la iluminación o salvación se alcanza en la medida que el individuo sea capaz de escapar a las ilusiones del mundo material a través de la meditación, por lo que es libre de decidir la forma de trascender esta vida y que satisfaga la tranquilidad de su conciencia.<sup>100</sup>

Como ejemplo de la postura B, se tiene la legislación de Oregón que acepta el auxilio médico al suicidio, siempre que se limite a la prescripción de medicamentos.

En estos supuestos, el Estado debe respetar el ejercicio de la voluntad del individuo y facilitar las condiciones para que esa libertad sea ejercida, así como

---

<sup>99</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op.cit.* p. 187

<sup>100</sup> Incluso el código Samurai contempla el suicidio ritual como una forma honrada de muerte. Pessini, Leo A.. *Eutanasia na Visão das Grandes Religiões Mundiais: (Budismo, Islamismo, Judaísmo e Cristianismo)*. Brasil, 1999. Recuperado en <http://www.semreligiao.com.br/2008/05/02/eutanasia-budismo/>

para accionar los mecanismos necesarios para proteger los derechos de terceros. Miguel Olmedo Cardenete señala: “El Derecho no puede imponer una determinada conducta a la gente que no hace daño a terceros y que sólo quiere morir porque va a morir lentamente o porque no quiere sufrir más”.<sup>101</sup>

### **2.2.2.1. Críticas a esta postura.**

#### ***El ejercicio de la autonomía resultaría en un subjetivismo moral.***

La filosofía liberal implica que la voluntad de cada persona es autónoma y sus manifestaciones merecen un respeto irrestricto, esto es, la autonomía, al posicionarse en el máximo nivel de la escala de valores, implica que existirá una obligación de respetar las decisiones de cada individuo como norma suprema. Esto podría resultar en un subjetivismo moral en el que los actos de un individuo podrían afectar a otros y contra las que no podría ejercerse ninguna acción en tanto que hay la obligación de respetarlos. Para Fernando Mantovani, el problema radica en que el suicidio es:

(El) acto supremo de la autoaniquilación física, es un vano intento de afirmación absoluta de lo subjetivo sobre lo objetivo, de lo individual sobre lo social, de lo humano sobre lo divino, que no tiene ante sí nada más que el ‘voto de la muerte’, que agota en un efímero instante dicha pretensión de subjetividad, de individualidad absoluta.<sup>102</sup>

Como lo menciona Charlesworth, el liberalismo no se traduce en una libertad de acción absoluta, sino que está limitada por los derechos de los

---

<sup>101</sup> Olmedo Cardenete, Miguel, “Responsabilidad penal por la intervención en el suicidio ajeno y en el homicidio consentido”. Roxin, Claus *et al. op cit.* p. 153

<sup>102</sup> Mantovani, Ferrando, “El problema jurídico de la eutanasia”. Roxin, Claus *et al. op cit.* p. 69

demás. Un liberalismo mal entendido, sin duda podría transformarse en un anarquismo, pero el fin del liberalismo es que el individuo, en conciencia social y de su entorno, se transforma en su propio rector moral. Lo que llevaría al hombre a un nivel superior de moralidad y, por ende, de responsabilidad respecto a su autonomía.

Las decisiones individuales serían respetadas pero sin dejar de lado el respeto que se debe a los derechos de los miembros de una sociedad, de esta forma, sólo se sancionaría aquellas acciones que violentaran otros intereses, pero no se limitaría el derecho a la libertad en la que se fundamenta el albedrío humano. De tal forma que en la escala máxima de valor estaría el ejercicio de la libertad que siempre sería “bueno”, mientras que la intención moral de las acciones se revisaría contra los derechos de los posibles afectados.<sup>103</sup>

En el caso específico de la eutanasia, la voluntad del sujeto que quiere morir sería respetada y el Estado cuidaría que no se interfiriera con este deseo, siempre que este deseo no afectara derechos de terceros y que fuera en beneficio del solicitante.

***Cabe la posibilidad de que existan errores en el diagnóstico o adelantos médicos por descubrir que pudieran aliviar a un enfermo terminal, por lo que acceder a las solicitudes de muerte sería un error.***

Un argumento que se opone a la legalización de la eutanasia es la posibilidad de errores en los diagnósticos y en los progresos de la ciencia.<sup>104</sup> Sin embargo, y como lo cita Ana María Marcos del Cano, “es preferible un número

---

<sup>103</sup> En tanto que la limitación de este ejercicio sería filosóficamente malo, ello no implica calificar la moralidad del acto resultante. Charlesworth, Max. *op.cit.* p. 20 - 27

<sup>104</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 415

pequeño de muertes innecesarias, antes que la gran cantidad de daño y angustia que se sufrirá si no se legaliza la eutanasia, por parte de los enfermos terminales.”<sup>105</sup>

Quienes detentan este criterio intentan detener un alivio inmediato (la muerte) a un mal existente, bajo el argumento de que en un futuro pueda surgir un remedio (inexistente en el presente).

Puesto que siempre existirá la posibilidad de un mal diagnóstico o la probabilidad de que los avances de la medicina encuentren la cura a una enfermedad determinada, debe incluirse esta advertencia en la información que se brinde al paciente para que pueda decidir de acuerdo a su mejor interés y asumiendo la responsabilidad de sus decisiones, que, en algunos casos, seguirá siendo disponer de su vida.

Esta solución satisface el derecho a la información del paciente y podría seguir el modelo del consentimiento informado para intervenciones médicas.

Al igual que otros argumentos en contra, en el caso de proyectar una legislación sobre la eutanasia se deberán señalar claramente los alcances y el modelo para otorgar un consentimiento informado.

***Es necesario un ente rector de la moralidad humana.***

Concomitante al paternalismo estatal, se yergue la idea de que es necesario un canón moral que rija los actos humanos.

En algunos casos, el Estado, como supraente social, ha incluido en códigos legales, preceptos morales que favorecen la convivencia entre los miembros de

---

<sup>105</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 193

una sociedad, en ese caso, el Estado es el legislador y el rector moral. La moral es exógena al individuo.

Sin embargo, como bien lo apuntan varios autores, es necesario distinguir entre moralidad y legalidad: no todo acto inmoral es ilegal. Por lo cual aunque existan actos que violentan el *status quo* moral de una sociedad, no necesariamente deben ser tipificados como delitos, lo que resulta en casos como el suicidio, en los que aunque exista una molestia moral, no existe un tipo penado.

Luego entonces, aunque se acepta que en algunas ocasiones las leyes se fundan en la moral, los cánones morales son fruto de la sociedad y en su carácter dinámico deben responder a las necesidades y características de la comunidad que le da origen. Esto es, los códigos morales se modifican en el tiempo y varían de una cultura a otra, por lo que no deben entenderse como un producto inamovible.

Ana María Marcos menciona que es en la libertad donde se asienta la raíz material y de legitimación del Derecho (penal). El Estado no debe actuar como tutor, sino como protector; no es educador, sino defensor. Su finalidad debe ser la protección de la libertad y no la promoción de la moralidad. Tal como lo sentenció Kant: es obligatoria la separación del Derecho y la Moral.<sup>106</sup>

Ahora bien, las sociedades posmodernas, al contrario de las antiguas, se caracterizan por la diversidad de sistemas de creencias de sus miembros, y por ello, como ya se mencionó, es injusto imponer sobre aquellos que no comparten

---

<sup>106</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 189

la misma escala de valores, la moral de una parte de la sociedad, aun cuando represente la ideología de la cultura predominante.

### **2.3. Otras consideraciones**

En el debate de la eutanasia, al contrapunto principal de vida y autonomía, se agregan otros factores que se deben considerar.

Son elementos que deben tomarse en cuenta en un intento serio de justificación de la eutanasia, ya que de ellos pueden originarse las salvaguardias para asegurar el ejercicio lícito de la eutanasia.

#### **2.3.1. Calidad de vida.**

La calidad de vida es la percepción de lo que cada sujeto considera digno de ser vivido, entendido como “una vida con buen estado de salud física y psíquica, y sin que el individuo se encuentre afectado por enfermedades o discapacidades que pudieran limitar su nivel de vida, su raciocinio, su autonomía o su control.”<sup>107</sup>

Es importante resaltar que la calidad de vida es un término subjetivo ya que nadie puede definir lo que otro considera digno de ser o no vivido, es una ponderación personal.

Los intentos por definir una escala objetiva fallan precisamente porque lo que un sujeto puede considerar un reto a su personalidad, para otro puede ser insufrible y puede echar por el suelo su instinto de supervivencia.

La calidad de vida es un concepto estrechamente relacionado con el de dignidad, de tal forma que cuando hablamos de calidad de vida en muchos

---

<sup>107</sup> Sambrizzi, Eduardo. *op. cit.* p. 41

casos, si no es que en todos, disfraza lo que cada individuo considera condiciones dignas o indignas. La dignidad como la calidad de vida son percepciones subjetivas.

De esta forma, los partidarios de la eutanasia han sugerido que frente al derecho a vivir debería existir un derecho preferente a morir sin dolor para evitar la continuación de una vida indigna o sujeta a un dolor irresistible.<sup>108</sup>

Toda vez que hablamos de percepciones subjetivas, es deseable que sea el propio individuo quien defina los límites de los tratamientos a los que acepta someterse y las condiciones que puede soportar antes de considerar que éstas atentan contra su calidad de vida o que rayan en la indignidad.

Para pacientes adultos y conscientes, eso dependerá de lo que en términos personales, cada paciente considera que merece vivir a futuro. A lo que elijo hacer con mi vida como agente moral autónomo. Un enfoque utilitarista es inadecuado y poco factible para establecer una medición objetiva.

La situación, sin embargo, se complica cuando se trata de pacientes inconscientes o incapaces, en estos casos, dice Charlesworth, la calidad de vida para infantes e inconscientes debe referirse a la “supervivencia física continuada”, esto es, a la posibilidad de ejercer la autonomía moral.<sup>109</sup>

Tanto en el caso de infantes, incapaces e inconscientes permanentes parece un mejor fundamento el del mejor interés. Mediante la figura de juicio sustituto se podría solventar la falta de consentimiento, siempre que, a juicio de

---

<sup>108</sup> Sambrizzi, Eduardo. *Ibidem*

<sup>109</sup> Charlesworth, Max. *op.cit.* p. 61

las autoridades tutelares y judiciales, pudiera comprobarse cuál sería la decisión del paciente —de estar consciente— y que le causara menos perjuicio.

No es cierto como afirman los opositores a la eutanasia que se busque con este argumento un control de la vida y que con ello se pretenda justificar la eliminación de personas que no contaran con un estándar de cualidades (físicas o psíquicas). La eutanasia no debe buscar un fin utilitarista, sino el alivio.

### **2.3.2. Evitar el sufrimiento/ dolor.**

Las posturas influenciadas por la religión coinciden en señalar que el sufrimiento es un camino para la redención: “El dolor, aún siendo un evidente mal, puede servir para alcanzar un bien superior. Humanamente sirve para conseguir la fortaleza de ánimo y la meta que se busca.”<sup>110</sup>

Durante un debate sobre la eutanasia en 1992, el gran Rabino de Londres señaló que “el sufrimiento es bueno porque la gente que comparte el sufrimiento con los demás se vuelve mejor”. Calsamaglia puntualiza sarcásticamente que si esto fuera cierto se justificaría la tortura, ya que “torturar mejora a quien comparte el sufrimiento con el torturado.”<sup>111</sup>

El Dr. R. Navoa Santos señala que lo que el paciente percibe como sufrimiento es en realidad una mezcla de tres emociones, dolor por lo que dejamos en esta vida, cobardía ante la perspectiva del póstumo sufrimiento y miedo a lo desconocido e incognoscible de ultratumba, es por ello que no debe

---

<sup>110</sup> Recuero, José Ramón, *La eutanasia en la encrucijada, El sentido de la vida y de la muerte*. ed. Biblioteca nueva. Madrid, España, 2004 p. 50

<sup>111</sup> Calsamiglia, Albert, “Sobre la Eutanasia”, Rodolfo Vázquez (comp). *op.cit.* p. 153

considerarse el dolor como un criterio decisivo en la eutanasia ya que se trata de un “hecho psicofísico eminentemente subjetivo.”<sup>112</sup>

Dejando de lado el dramatismo retórico del dolor, no se debe olvidar que el elemento fundamental de la eutanasia es el daño que infringe al paciente y que ese daño se traduce en sufrimiento, pero también en indignidad.<sup>113</sup>

Si bien es cierto que el dolor es subjetivo y que existen personas con distintos umbrales para soportarlo, no es sólo el dolor físico el que nos preocupa (concediendo claro que en ciertas enfermedades puede llegar a ser insoportable), sino también el sufrimiento emocional o psicológico que una persona puede experimentar al estar consciente de que padece una enfermedad que en un determinado tiempo, y de acuerdo a su percepción, comprometerá su autonomía o que le obligará a soportar tratos indignos. Citemos como ejemplo al Dr. Diego Gracia respecto al trato que se ofrecen a nuestros ancianos y enfermos.

Nuestra sociedad basada en el principio de competición y juventud, margina a ancianos y enfermos crónicos de modo sistemático. Pasada la barrera de los 65 años, el hombre va sufriendo en sus carnes un conjunto de marginaciones o muertes progresivas, la muerte laboral, la muerte familiar. Cuando a todo eso se añade la invalidez biológica y la enfermedad no puede extrañar que los pacientes puedan verse en situaciones tan trágicas que ellos

---

<sup>112</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 412 y 413

<sup>113</sup> Calsamiglia, Albert, “Sobre la Eutanasia”, Rodolfo Vázquez (comp). *op.cit.* p. 161

consideren peores que la misma muerte. Estos son los casos en que suele pedir la eutanasia.<sup>114</sup>

Para Marcos del Cano, no se trata en sí de sufrimiento o dolor, sino de evitar un daño (la muerte, el dolor o la indignidad) que legitima la solicitud del paciente y que debe ser el afectado quien decida cuál es el daño que desea evitar.<sup>115</sup>

En cualquiera de los supuestos, parece claro que es el propio paciente quien debe marcar los límites de lo que es capaz de soportar ante la imposibilidad de establecer una escala objetiva. Si existen individuos cuya personalidad se ha esfumado tras las drogas porque en consciencia les es insoportable el dolor ¿debemos obligarlos a seguir viviendo aun contra sus deseos y nuestra compasión?

### **2.3.3. Consentimiento.**

El principio general *violenti non injura* indica que no se puede alegar daño cuando la acción ha sido consentida. Para Jiménez de Asúa, en el caso de la eutanasia este principio no es válido ya que la vida es un bien jurídico de doble dimensión: personal y social que no admite disposición.<sup>116</sup> Sin embargo, para Roxin la eutanasia debe ser una conducta impune cuando se practica con la aprobación del paciente e incluso cuando el moribundo no puede hacer ninguna declaración responsable, pero se corresponde con su voluntad presunta para aliviar su dolor.<sup>117</sup>

---

<sup>114</sup> Nuñez Paz, Miguel Ángel. "Prólogo a la edición española". Dworkin, Gerald *et al. op. cit.* p.14

<sup>115</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 189

<sup>116</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 421 y 422

<sup>117</sup> En el caso específico de la legislación alemana, no se habla de eutanasia, sino de homicidio a petición. Roxin, Claus. *op. cit.*, Roxin, Claus *et al. op. cit.* p. 5

Para Günther Jakobs, “el cansado de vivir no transfiere la disposición de su vida, sino que gestiona en división del trabajo su propia relación con la vida.” Esto es, la víctima persigue un fin propio (la muerte) para lo que organiza, con base en la división de tareas, la ejecución del acto que se expresa por una solicitud madura y no por una simple petición espontánea.<sup>118</sup>

Ana María Marcos expone una teoría respecto al derecho a la vida. Ella sostiene que el derecho a la vida debe tener un carácter garantista respecto del Estado, por lo que éste no debe implicar la obligación de vivir e incluso podría ser revocable, esto es, el individuo podría renunciar a ese derecho y, por lo tanto, ser privado de la vida. La misma autora cita la teoría del privilegio en la que una persona es libre de ejercer o no la acción, mientras que los terceros no tienen derechos correlativos positivos o negativos, que a su vez también adquieren el estatus de privilegio, esto es, el privilegio no crea un compromiso jurídico-positivo.<sup>119</sup>

El consentimiento para Mantovani debe ser personal, real, informado, auténtico, válido y actual. Personal en tanto que sólo el paciente puede autorizar su sacrificio (no admite representación); real en tanto que debe ser manifestado de forma expresa (no se admiten presunciones); informado en tanto que se base en un conocimiento claro de su condición; auténtico en tanto que esté libre de cualquier coerción o sugestión; válido en tanto que prestado por un sujeto capaz;

---

<sup>118</sup> Jakobs, Günther. *op. cit.* p. 43 - 70

<sup>119</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 165

actual en tanto que se manifieste en el momento crucial (no se admiten manifestaciones anticipadas).<sup>120</sup>

La pretensión de este autor para que toda manifestación de voluntad sea real, auténtica y actual conduce a que ninguna decisión respecto a la disposición de la propia vida sea válida ya que “se ha otorgado en una situación en la que la muerte es abstracta y lejana a la realidad o bien en otra en que la situación personal de dolor y miedo vicia la voluntad.” Siguiendo esta lógica ¿esto implicaría que tampoco deberían ser tomadas como válidas otro tipo de actos *in extremis* como testamentos, reconocimientos y matrimonios?

Para la doctrina española, el auxilio médico al suicidio es impune siempre que se trate de un suicidio plenamente responsable (el suicida debe ser mayor de 18 años, estar consciente y libre de trastornos mentales) y que su manifestación de voluntad sea libre y expresa.

#### **2.3.4. Mejor Interés.**

Este concepto tiene dos acepciones: a) como manifestación de lo que una persona considera como lo mejor para sí misma, y b) como el derecho de mayor peso en la contraposición de dos derechos protegidos, pero incompatibles.

Como manifestación de voluntad, el mejor interés será el que defina una persona consciente, capaz y como resultado de una reflexión profunda y deliberada para disponer sobre su cuerpo de acuerdo a su conveniencia.

Antes del caso Quinlan, los tribunales establecieron que el interés a ser privilegiado era el derecho público de protección a la vida.

---

<sup>120</sup> Mantovani, Ferrando. *op. cit.*, Roxin, Claus *et al. op. cit.* p.165

La doctrina *parens patriae* permite al Estado ejercer tutela cuando se pone en peligro la vida, esta acción puede ejercerla sobre sus ciudadanos cuando actúen con imprudencia, sobre personas adultas *in extremis* y para proteger a menores e incapaces de los actos de terceros. Bajo este concepto, el Estado ha forzado a individuos a someterse a tratamientos en contra de sus creencias religiosas<sup>121</sup> o de su voluntad.<sup>122</sup>

En el caso Quinlan, el Tribunal Supremo de Nueva Jersey reconoció un derecho a morir asentado en el *common law* y protegido por el derecho a la intimidad (*privacy*) que puede prevalecer sobre el interés público de preservar la vida cuando la “enfermedad avanza y el pronóstico empeora”.

Si prosigue la violación a la integridad corporal, a pesar del pronóstico negativo, creemos que el derecho a la intimidad tiene primacía sobre el interés público... Por ello determinamos que, en ciertas circunstancias, el tutor y la familia pueden obrar en consecuencia y defender el derecho a la intimidad.<sup>123</sup>

Desgraciadamente, sentencias posteriores modificaron este precedente. No existe un derecho a morir reconocido, sin embargo, la tendencia es a reconocer que existen situaciones en las cuales, los derechos personales deben prevalecer sobre los públicos. El mejor interés debe determinarse casuísticamente.

---

<sup>121</sup> Existen diversos antecedentes en los que pacientes, especialmente Testigos de Jehová, fueron forzados a transfusiones de sangre aun cuando sus creencias prohíben esta práctica. En uno de los casos (*Powell vs Centro Médico Presbiteriano de Columbia, 1965*), el juez incluso se atrevió a suponer que en realidad la paciente quería en el fondo vivir. Humphry, Derek y Wickett, *Ann. op. cit.* p. 302 - 310

<sup>122</sup> Elizabeth Bouvia, terapléjica de nacimiento de veintisiete años, se internó voluntariamente en el pabellón de psiquiatría de un hospital de Los Ángeles para recibir atención mientras se dejaba morir de inanición. Elizabeth fue obligada a alimentarse mediante un tubo nasogástrico, en clara violación a su derecho a la intimidad. Destaca porque este caso fue posterior al de Quinlan. Humphry, Derek y Wickett, *Ann. op. cit.* p. 197 - 210

<sup>123</sup> *Idem.* p. 152

Es especialmente importante esta figura en el caso de pacientes inconscientes, ya que el mejor interés será un criterio si debe recurrirse a la voluntad presunta (*substituted judgement*) para “reconstruir” los deseos del paciente antes de caer en inconsciencia o bien, cuando se recurre a la decisión de un tercero como representante o tutor del paciente.

### **2.3.5. Benevolencia/ compasión.**

Al contrario de lo que argumentan sus detractores, “la eutanasia no es un medio para deshacerse de la gente, sino un modo de ayudarla en una situación muy difícil, es decir, es un medio para evitar un daño.” Tal como lo menciona el mismo Calsamiglia, “la idea más básica de la eutanasia está relacionada con la benevolencia.”<sup>124</sup>

La benevolencia es la simpatía y buena voluntad hacia las personas.<sup>125</sup> En este sentido, debe entenderse que el fin último de la eutanasia es ayudar a personas que sufren una enfermedad o condición que les provoca sufrimiento.

Como menciona Don Diego Gracia: “Ayudar a otro a quitarse la vida puede ser un acto de beneficencia o de maleficencia, será beneficiante cuando el paciente pide y desee esa ayuda, por el contrario será maleficente cuando se quita la vida de otra persona o se le ayuda a morir por motivos interesados, económicos, familiares o sociales.”<sup>126</sup>

Aquellos que defienden la legalización de la eutanasia, insisten en que el móvil de ésta es el altruismo, en tanto que se busca el bien de aquél que sufre una condición terminal, incurable o dolorosa. Al contrario de la eutanasia

---

<sup>124</sup> Calsamiglia, Albert, “Sobre la Eutanasia”, Vázquez, Rodolfo (comp). *op.cit.* p. 160

<sup>125</sup> Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed.) Ed. Real Academia Española. Recuperado en <http://www.rae2.es/benevolencia>

<sup>126</sup> Núñez Paz, Miguel Ángel. *op. cit.*, Dworkin, Gerald *et al.* p. 14

económica o egoísta que busca la eliminación de minorías, el aspecto central de la altruista es la bondad hacia los demás.

Aquellos que se oponen a la justificación de la eutanasia afirman, como ya se dijo, que el bien supremo es la vida y que no existe ningún valor que pueda relativizar el valor absoluto de ésta. En este sentido, existe una obligación a permanecer vivo aun en contra de los propios intereses o deseos del paciente y a pesar de que la forma como se manifieste esa vida cause un sufrimiento grave.

El Estado se ha inclinado por apoyar el interés público de preservar la vida, sin embargo, existe un principio que establece que nadie puede ser cruel con los demás. ¿Mantener a un paciente vivo a pesar de su condición insoportable no es, en algunos casos, una crueldad? El Estado no debería imponer el sufrimiento (que conlleva mantenerlas con vida) a las personas que piden de forma reflexionada y responsable, su muerte.<sup>127</sup>

Incluso Mantovani, contrario a la eutanasia, acepta que cuando se presenta un caso de eutanasia piadosa consentida, la compasión que marca el acto debe ser tomada en cuenta para valorar una pena atenuada.

En este apartado se incluye el punto de vista C del esquema de Bok y que representa a aquellos estados de Derecho donde la eutanasia activa se mantiene como ilícita, pero se contemplan penas benévolas o el perdón judicial para los que, motivados por la piedad, ayudan a morir a sus semejantes.

De igual forma, se deben incluir las posturas que se inclinan por autorizar la eutanasia pasiva, entre las que se incluyen las doctrinas católica y judía.

---

<sup>127</sup> Calsamiglia, Albert, "Sobre la Eutanasia", Vázquez, Rodolfo (comp). *op.cit.* p. 160

La Iglesia Católica rechaza categóricamente la eutanasia activa, pero acepta que existen casos de “obstinación terapéutica” que justifica el rechazo de medidas desproporcionadas para alargar la vida de enfermos terminales. Este rechazo (ortonasia) no se equipara al suicidio o a la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro, sino que significa sencillamente la aceptación de la condición humana, una de cuyas características es la muerte inevitable.<sup>128</sup> “La muerte por tanto, no ha de ser causada, pero tampoco absurdamente retrasada.”<sup>129</sup>

También acepta el “doble efecto” de las terapias contra el dolor que puede causar el acortamiento de la vida y el uso de la medicina paliativa para mejorar la calidad de vida y lograr el sosiego de los pacientes terminales y de su familia.<sup>130</sup>

Por su parte, el judaísmo también es contrario a prolongar artificialmente la vida de un paciente terminal. El *Sefer Jasidi* —libro básico de ética del Siglo XIII— prohíbe toda acción que pueda alargar la agonía e incluso prohíbe llorar a los que atienen al moribundo, por temor a que el ruido devuelva el alma al muerto.<sup>131</sup>

El Talmud establece como una obligación, el alivio del dolor y del padecimiento de los demás, por lo que el judaísmo prohíbe la obstinación médica que genera más sufrimiento y acepta que la eutanasia pasiva no sólo

---

<sup>128</sup> La Eutanasia. *100 Cuestiones y Respuestas sobre la Defensa de la Vida Humana y la Actitud de los Católicos*. Comité para la Defensa de la Vida. España, 1993. Recuperado en <http://www.conferenciaepiscopal.es/ceas/documentos/eutanasia.htm>

<sup>129</sup> Aguilar Martínez, Rodrigo, Obispo de Matehuala. *Comunicado acerca de la propuesta de legalizar la eutanasia en México*. Catholic.net. Matehuala, México. 18 de mayo de 1995. Recuperado en <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/342/1298/articulo.php?id=23457>

<sup>130</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 125

<sup>131</sup> Reitjman, Clara Elena. *Frente a frente con la muerte*. Texto en red s.f. Recuperado en [http://www.muerte.bioetica.org/mono/mono25.htm#\\_Toc69265651](http://www.muerte.bioetica.org/mono/mono25.htm#_Toc69265651)

está permitida, sino que en algunos casos podría considerarse una obligación y un acto de piedad.<sup>132</sup>

### **2.3.6. Cuidados paliativos.**

Tanto las posturas a favor como las contrarias a la eutanasia coinciden en la necesidad de desarrollar cuidados paliativos más eficaces para ayudar a los enfermos terminales a afrontar sus últimos momentos, a los familiares para reconciliarse con la pérdida, y para apoyar la humanización de la medicina. Constituyen un acercamiento psicosocial al enfermo terminal.

Marie de Hennezel señala que detrás de toda solicitud de eutanasia se esconde la desesperación ante una situación insostenible vivida en desamparo. Esta misma psicoanalista afirma que en cuanto el enfermo se siente acompañado, la solicitud desaparece, por lo que responder de manera inmediata a un pedido de eutanasia, puede impedir ver las necesidades reales del enfermo que pueden ser atención, compañía y consuelo.

Los cuidados paliativos ciertamente pueden favorecer que aquellas personas que desean morir por desamparo puedan encontrar una respuesta a su angustia. Sin embargo, parece improbable que sea la solución única a todas las solicitudes de eutanasia. Podrían aliviarse aquellas que se originan en el aislamiento social, en la soledad o en el temor de ser una carga para otros, y no aquellas que tienen su origen en la convicción y en una reflexión profunda.

Estos seres que buscan controlar las condiciones de su muerte, los cuidados paliativos no ofrecen una solución, y toda vez que la eutanasia no está

---

<sup>132</sup> Sacca, Isaac A., Rabino. *Eutanasia, Criterios generales bajo la óptica del judaísmo*. Shabatov: judaísmo en Internet. Argentina, 2000-2009. Recuperado en <http://www.shabatov.com/articulos/eutanasia.php>

permitida, buscan la clandestinidad y la soledad para llevar a cabo sus deseos por miedo a las consecuencias legales que podrían atraerles a los que les ayudaran. La legalización de la eutanasia permitiría a estos individuos poner en orden sus asuntos y despedirse de sus seres queridos con la tranquilidad de que su voluntad será cumplida sin repercusiones adversas.

De existir una justificación de la eutanasia, los cuidados paliativos enriquecerían las soluciones para el final de la vida y, en algunos casos, bastarían para disuadir a algunos de disponer de su existencia.<sup>133</sup>

De igual forma, podrían ofrecer a aquéllos que insistan en la muerte anticipada, una forma de consuelo que les permitiera reconciliarse con su destino.

### **2.3.7. Participación de terceros.**

Para los que defienden la postura B de nuestro mapa, se tolera que alguien se dé muerte a sí mismo, pero de ninguna forma se acepta que esta responsabilidad sea trasladada a un tercero. Para los que sostienen la postura C, la vida es indisponible por lo que no aceptan ni la muerte *manu propria*, ni *manu aliena*, ya que cualquier acto que violente la vida es ilícito, aun con el consentimiento de la víctima.

En la eutanasia, un presupuesto es que existe el consentimiento de parte del paciente y que este consentimiento hace que un tercero actúe movido por esa voluntad. Si no existe la participación de un tercero o si no existe la petición de la víctima, estaremos frente a un suicidio o bien ante un homicidio.

---

<sup>133</sup> Álvarez del Río, Asunción. *op. cit.* p. 45-60

Es la autonomía del paciente la que debe regir el problema de la eutanasia y la elección del momento para morir debe ser una facultad del individuo, incluso permitiendo a un tercero materializarla en caso de que no pueda llevarla a cabo por propia mano.<sup>134</sup>

Ahora bien, la eutanasia también se ha definido en distintas legislaciones como homicidio a petición o auxilio al suicidio, aunque en ellas no necesariamente se presenta como aspecto definitorio el móvil piadoso, sino el dominio del acto. En el homicidio a petición o en el auxilio al suicidio, deberá estarse a quién es el titular del dominio del último acto que conduce a la muerte.

En Alemania se considera la atenuación de la pena de homicidio cuando la víctima haya comunicado inequívocamente su solicitud de auxilio a morir, cuando su deseo persista en el momento decisivo y que el autor actúe motivado por aquél.<sup>135</sup>

Sin embargo, en otras legislaciones se habla del móvil y el aspecto volitivo puede pasar a segundo término. Cuando el agente actúa movido por la compasión, el móvil no es antisocial, sino altruista por lo que debe tenerse en cuenta que no hay “temibilidad” y ello debe ser valorado para atenuar o disculpar la pena o para otorgar el perdón judicial.<sup>136</sup>

Derek Humphry revela un aspecto menos intelectual de lo que significa ayudar a morir, este autor refiere, que en su experiencia personal, “ayudar a morir a una persona es probablemente la prueba más dura por la que tiene que

---

<sup>134</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.* p. 165

<sup>135</sup> Roxin, Claus. *op. cit.*, Roxin, Claus *et al. op. cit.* p. 42

<sup>136</sup> Jiménez de Asúa, Luis. *op. cit.* p. 433 y 434

pasar la conciencia individual del ser humano.”<sup>137</sup> Es necesario preguntarse si al atender una solicitud de muerte asistida, nuestras convicciones religiosas y filosóficas nos permiten participar en esta muerte y, si al ayudar estamos defendiendo la autonomía y libertad del solicitante.

Humphry afirma que atender una solicitud de muerte es más que un problema de orden psicológico que ético, y que el factor decisivo es la relación entre quien solicita ayuda y el que tiene que prestarla. Nadie es capaz de anticipar su reacción a una petición de esta naturaleza, ya sea un ser querido, pareja o amigo, hasta que no se está frente a la situación particular, no se conocerá nuestra capacidad para responder precisamente porque nuestra acción significará poner fin a todos los lazos afectivos que mantenemos con esa persona.

Morgan Sibbet ayudó a morir a cinco personas y su apoyo fue acompañarlos para que no murieran solos. El propio Humphry ayudó a morir a su mujer enferma de cáncer siguiendo su acuerdo previo.

Aunque en ocasiones, la solicitud de muerte nos obliga a tomar una acción directa, en muchos casos, nuestra responsabilidad es respaldar la decisión de nuestros seres queridos, precisamente por ese amor que se les tiene.

### **2.3.8. Auxilio médico.**

El médico tiene como obligación evitar o reducir el dolor de un paciente en el caso de enfermedad, así como poner todos sus conocimientos para devolverle la salud a su paciente.

---

<sup>137</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 385

Tanto así que en muchas legislaciones la omisión o deficiencia en el tratamiento médico para reducir el dolor es punible como lesión corporal por omisión, ya que el hecho de no evitar o reducir el dolor es un maltrato.

Siguiendo esta lógica ¿la negativa de un médico a aplicar una inyección mortal para reducir el dolor de su paciente no debería ser objeto de pena bajo el delito de lesión corporal por omisión? ¿Es deseable o podría ser lícito que un médico atendiera una solicitud de eutanasia? ¿Que lo hiciera vulneraría la confianza de la sociedad en los médicos? ¿Debería ser parte de la atención médica?

Es comprensible que si hay que designar a un grupo para llevar a cabo el auxilio al suicidio, se elija a los médicos. Éstos están obligados a comportarse de acuerdo a los criterios de su profesión y a mantener una objetividad mayor que los familiares con relación a las personas que sufren. Y con frecuencia están más enterados que otros profesionales de la salud sobre la situación de los enfermos, las alternativas al tratamiento y los efectos de las medicaciones.<sup>138</sup>

La prohibición, casi mundial, a atender una petición de eutanasia directa ha provocado el “resultado irracional de que la gente puede elegir morir lentamente, negándose a comer, rehusando los tratamientos que la mantienen con vida, o asfixiándose al desconectar los respiradores, pero no pueden elegir la muerte rápida e indolora que sus médicos podrían fácilmente proveer.”<sup>139</sup>

---

<sup>138</sup> Bok, Sissela, “El auxilio médico al suicidio”, Dworkin, Gerald *et al. op. cit.* p. 160

<sup>139</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 239

Los conocimientos profesionales de todo médico aseguran al paciente que el método y los fármacos empleados serán eficaces para brindarle una muerte rápida y apacible. Ya que un fundamento de la eutanasia es la beneficencia del paciente para evitarle un daño, es contradictorio que quien opta por acortar su vida deba elegir un mal mayor al que sufre y ser relegado a la clandestinidad y a métodos no confiables.

La opinión pública se ha decantado por aceptar la eutanasia pasiva mas no la activa: el médico puede suspender el tratamiento para favorecer la muerte de un paciente. Pieter V. Admiraal, un experto holandés, desprecia la distinción entre los dos tipos de eutanasia “cuando se habla de la eutanasia pasiva, en mi opinión el término ‘pasiva’ se refiere a la actitud del médico. La eutanasia pasiva es en sí misma inconcebible.” Existen tantas formas de omisión como de acción en las que un mismo acto puede ser bueno o malo dependiendo de la situación.<sup>140</sup>

Algunos sostienen que ya no es válido que el paciente traslade la responsabilidad de su muerte a un tercero y si desea disponer de su vida lo debe hacer por sus propios medios, sin embargo, la pericia médica ofrece al paciente la tranquilidad de que su intento fracase y sea contraproducente.<sup>141</sup>

Se puede pensar que ayudar a morir va en contra de la esencia misma de la medicina que debe ser preservar la vida y esto podría socavar la confianza depositada en los profesionales de la salud, sin embargo, habría que poner en

---

<sup>140</sup> *Idem.* p. 394

<sup>141</sup> Bok, Sissela, “La eutanasia”, Dworkin, Gerald *et al. op. cit.* p. 136

consideración si la responsabilidad del médico con su paciente debe llegar hasta el final y, en este caso, la eutanasia puede ser una forma de auxilio.<sup>142</sup>

También se ha argumentado que ofrecer este poder a los médicos podría generar abusos, pero a los pacientes les tranquiliza ser ayudados por un profesional para evitarles el trance a sus familiares o personas cercanas.

Finalmente, la respuesta del médico a una solicitud de eutanasia se basaría en sus propias convicciones (el hecho de permitir la conducta no implicaría la obligación de actuar, en todo caso, el médico remitiría a su paciente a un colega para atender la petición o al especialista *ad hoc*) y en el conocimiento que tiene del caso para respaldar una solicitud de muerte voluntaria anticipada.

### **2.3.9. Pendiente resbaladiza.**

Mucha gente teme que aceptar la legalización de la eutanasia suponga iniciar una “pendiente resbaladiza” a partir de la cual acabaremos aceptando cualquier posibilidad, incluyendo la eutanasia utilitaria, lo que no se tiene en cuenta es que siempre pueden establecerse distinciones, límites, fronteras y excepciones. Una persona con sensibilidad moral es aquella que sabe justificar distinciones y establecer diferencias.<sup>143</sup>

Se ha alegado que justificar la eutanasia, aun restringiendo sus presupuestos, favorecería el brote de un frenesí para acabar anticipadamente con la vida.

Mantovani, por ejemplo, menciona que existe una “incontenibilidad de la eutanasia piadosa” que implica que al permitir el “móvil compasivo” para terminar

---

<sup>142</sup> Álvarez del Río, Asunción. *op. cit.* p. 211 y 212

<sup>143</sup> Calsamiglia, Albert, *op. cit.*, Vázquez, Rodolfo (comp). *op. cit.* p. 152

anticipadamente con la vida, esto obligará a dar pasos sucesivos que transformará la eutanasia compasiva de fenómeno individual y aislado a fenómeno colectivo y a gran escala, y se pregunta si no se estará “haciendo pasar de contrabando, como conquistas de libertad y progreso, lo que en realidad conforma un proceso de decadencia global, quizá irreversible, de esta ‘civilización occidental’, el triunfo del espíritu de la muerte sobre el espíritu de la vida, del Thanatos sobre el Eros.”<sup>144</sup>

Por su parte, Sissela Bok responde que “Los argumentos catastrofistas sostienen que si damos el paso A, nos veremos obligados a dar el paso B y el C. El paso A nos acerca al abismo y los pasos B y c nos hacen caer en él, como si se tratase de consecuencias forzosas sin embargo, debemos atenernos a la probabilidad de que esto realmente suceda.”<sup>145</sup> El temor, continúa, de que fallen las garantías no demuestra el fracaso de nada, se pueden imponer salvaguardas concretas para evitar la expansión de los supuestos B y C.

José Ramón Recuero coincide en las apreciaciones de Mantovani que sin importar los límites que establezca la sociedad o el Derecho, “una vez admitida la eutanasia tiende a multiplicarse” y compete a médicos y a familiares a aplicarla a pacientes incapaces, inconscientes y finalmente a niños, viejos y personas con malformaciones.<sup>146</sup>

Para Jesús Barquín Sanz la solución es no decretar una exención de pena de carácter general del homicidio a petición aun cuando concurren los requisitos penales establecidos, esto es, que se trate de una petición expresa, seria e

---

<sup>144</sup> Mantovani, Ferrando. *op. cit.*, Roxin, Claus *et al. op. cit.* p.82

<sup>145</sup> Frey, R.G., “El temor a dar un paso hacia el abismo”, Dworkin, Gerald *et al. op. cit.* p. 68

<sup>146</sup> Recuero, José Ramón. *op. cit.* p. 124

inequívoca, que el solicitante sufra una enfermedad mortal o dolorosa, y para disuadir a la población deberá investigarse todo acto de eutanasia presunta.<sup>147</sup>

Sissela Bok y Asunción Álvarez coinciden en que las expresiones de cautela ante las consecuencias desconocidas de un cambio concreto, son predicciones con frecuencia de carácter retórico,<sup>148</sup> y que la solución será contar con controles claros para establecer los límites entre lo que es permisible y lo que no lo es, ya que tal como falló la predicción con respecto a que la justificación del aborto induciría al infanticidio generalizado, es probable que tampoco sea correcta la de la eutanasia, siempre que encontremos los mecanismo adecuados para regularla.

Por ejemplo, de acuerdo a los resultados de la segunda investigación de la Comisión Rimmelink (Países Bajos, 1995) de los decesos presentados en ese año, el 20 por ciento se debió a suspensión de tratamiento; 18.5 por ciento como respuesta al tratamiento médico; 3.4 por muerte asistida (eutanasia voluntaria e involuntaria), correspondientes a 1,933 muertes asistidas en Holanda, la mayor parte, enfermos de cáncer.<sup>149</sup> De acuerdo a Humphry, la eutanasia causa en Holanda el dos por ciento de las muertes.<sup>150</sup> En una estadística de 2005, sólo hubo 1,933 muertes asistidas en Holanda, la mayor parte enfermos de cáncer.<sup>151</sup>

De acuerdo al informe anual de Oregón, en el año 2007, se otorgaron 85 prescripciones para drogas letales, de las cuales sólo 46 pacientes tomaron el

---

<sup>147</sup> Barquín Sanz, Jesús. *op. cit.*, Roxin, Claus *et al. op. cit.* p.209 - 210

<sup>148</sup> Bok, Sissela, "La eutanasia", Dworkin, Gerald *et al. op. cit.* p. 139

<sup>149</sup> Del Castillo, Lorena. *Eutanasia*. Ed. Salud.com, 1997-2008. Recuperado en [http://www.salud.com/secciones/salud\\_general.asp?contenido=117506](http://www.salud.com/secciones/salud_general.asp?contenido=117506)

<sup>150</sup> Humphry, Derek y Wickett, Ann. *op. cit.* p. 9

<sup>151</sup> [http://www.salud.com/secciones/salud\\_general.asp?contenido=117506](http://www.salud.com/secciones/salud_general.asp?contenido=117506)

medicamento. Estas cifras han variado poco desde que se aprobó el suicidio asistido en este Estado.<sup>152</sup>

Sin embargo, I. Ortega cita cuatro etapas de la pendiente resbaladiza<sup>153</sup>:

- a) La ley autoriza la eutanasia o el suicidio asistido si se dan tres requisitos: 1. Plena voluntariedad; 2. Enfermedad terminal; 3. Padecer dolores insoportables.
- b) Se permite la eutanasia no voluntaria e involuntaria (pacientes en coma, recién nacidos con malformaciones, ancianos dementes o enfermos con perturbaciones mentales).
- c) Se permite la eutanasia o el suicidio asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se puede curar.
- d) Se permite la eutanasia por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.

En Holanda, los médicos ya aplican eutanasia no voluntaria a aquellos pacientes incapaces o inconscientes permanentes, incluidos pacientes neonatales, basados en la premisa de que la eutanasia puede ser un acto benéfico, por lo que sería injusto excluir a incapaces de esta facilidad. ¿Podría ser esto la confirmación de la pendiente resbaladiza?

---

<sup>152</sup> Oregon Government. *Records and reports data on the Act*. Annual Report 2007. Oregon.gov. Oregon, EUA, 2008. Recuperado en <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml>

<sup>153</sup> De Moya, Luis. *La pendiente resbaladiza de la Eutanasia*. Muertedigna.org. Navarra, España. Recuperado en <http://www.muertedigna.org/textos/euta290.htm>

## 2.4. Conclusiones

El dilema de la discusión de la eutanasia se centra en la oposición de los valores “santidad de la vida” versus “autonomía del individuo”. Como ya se mencionó, la santidad de la vida es un concepto que no responde a las necesidades e inquietudes de todos los miembros de una sociedad pluralista.

Es por ello que a nivel filosófico, el valor absoluto de la vida debe ser *prima facie* o bien, como lo sugiere Ana María Marcos del Cano, el derecho a morir debe ser considerado un privilegio: una facultad que puede ejercer el titular, pero que no crea la obligación para terceros ni la de ser ejercido.

Si se reconoce que el individuo tiene el derecho de disponer de su persona, entonces el paciente tiene el derecho de rechazar tratamientos médicos, incluso en avanzada y tiene también el derecho de decidir las condiciones límite que quiere soportar.

El reconocimiento de validez que otorgue el Estado a estas voluntades anticipadas y el conocimiento que de las mismas tenga el personal sanitario, podrá respaldar la acción de médicos para ayudar a morir a pacientes terminales, es por ello que es necesario que también se asegure su fácil acceso para médicos y autoridades.

Se ha debatido constantemente la pertinencia de acotar la participación de terceros en la eutanasia para evitar enmascarar asesinatos, es por ello que es deseable que esta participación se limite a los médicos que no sean objetores de conciencia para evitar la manipulación de la muerte piadosa.

Por último, los antagonistas a la eutanasia han alegado que la pendiente resbaladiza es inevitable una vez que se abre la puerta a cualquier tipo de auxilio al suicidio. Sin embargo, es un hecho que puede limitarse en la medida que se establezcan sistemas de salvaguarda y de monitoreo y control efectivos.

### **3. Análisis del caso Schiavo**

#### **3.1. Antecedentes**

El caso Schiavo es el más conocido de eutanasia en los últimos años debido a la atención pública que acaparó a nivel mundial.

Se inició en 1998 con la demanda del tutor de Theresa Marie “Terri” Schiavo, nacida Schindler, para remover la sonda que la alimentaba para cumplir con la voluntad presunta de la paciente. Los familiares se opusieron y durante los siete años que duró la controversia, ambos bandos ganaron adeptos polarizando a toda la nación estadounidense, incluido el Presidente.

Cuando la historia acabó, el expediente legal del caso Schiavo incluía cuatro apelaciones; un sinnúmero de mociones, peticiones y audiencias en las cortes estatales; cinco juicios ante la Corte Federal; la impugnación de una ley estatal por la Suprema Corte de Florida; un emplazamiento del Congreso; un proyecto de legislación federal; y cuatro negativas de la Suprema Corte de los Estados Unidos para revisar el caso.<sup>154</sup>

#### **3.2. Cronología**

El 25 de febrero de 1990, Terri Schiavo, de 26 años, sufre un ataque al corazón debido al bajo nivel de potasio de su organismo. Los paramédicos lograron reactivar su pulso cardíaco pero la anoxia le produjo un daño cerebral que la sumió en estado vegetativo persistente (EVP). Michael Schiavo, su marido, es designado su representante legal.

---

<sup>154</sup> “Terri Schiavo”, Wikipedia versión 25/10/2008. Recuperado en [http://en.wikipedia.org/wiki/Terri\\_Schiavo](http://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo)

En respuesta a la demanda por negligencia médica, un jurado del condado de Pinellas otorgó a los Schiavo una indemnización de un millón de dólares en 1992. Un año después, los padres de Terri intentaron ganar la custodia de su hija.

En 1998, Michael Schiavo solicitó autorización judicial para que se le permitiera retirar las sondas que alimentaban e hidrataban artificialmente a Terri. El caso fue asignado al juez de Florida, George W. Greer quien, en febrero de 2000, aprobó la suspensión de los cuidados médicos, orden que se cumpliría el 24 de abril de 2001.

Los Schindler, padres de Terri, apelaron el diagnóstico médico de EVP ante el juez Frank Quesada, quien ordenó la reconexión de la sonda de la paciente, mientras se resolvía el recurso pendiente. En 2002, un comité de peritaje médico revisó el estado de Terri, tres de los cinco especialistas confirmaron el diagnóstico de EVP irreversible y el juez Greer volvió a ordenar el retiro de la sonda para el 15 de octubre de 2003.

Una semana después, para frenar la sentencia de Greer y en una maniobra por demás controvertida, los legisladores y el Gobernador de Florida, Jeb Bush, aprobaron la 'Ley de Terri' para que la sonda fuera reinsertada.

En 2004, la Corte Suprema de Florida declaró inconstitucional la 'Ley de Terri' por violación del principio de separación de poderes (legislativo y ejecutivo). El 24 de enero de 2005, la Corte Suprema rechazó la apelación del Gobernador Bush para revisar la decisión de la Corte de Florida.

Con el fin de entorpecer nuevamente el cumplimiento de la orden judicial, los comités de Salud del Senado y el de Reforma Gubernamental de la Cámara

de Representantes emplazaron a Terri y Michael Schiavo para comparecer ante ellos. El juez Greer, advertido de la estratagema, reafirma la orden de desconexión, haciendo caso omiso del emplazamiento.

Terri fue desconectada el 18 de marzo y tres días después, en pleno período vacacional de Pascua, el Presidente George Bush firmó el *Palms Sunday Compromise*. El caso pasó a manos de un juez federal, James Wittemore, quien rechazó la solicitud de reconexión.

El 23 de marzo de 2005, el Gobernador de Florida solicitó la custodia de Terri y los Schindler, por su parte, presentaron un recurso ante el Tribunal Supremo. Ambas solicitudes fueron rechazadas.

El 24 de marzo, el Tribunal Supremo rechaza la apelación de los padres de Terri Schiavo y un juez deniega conceder la custodia legal de la enferma al gobernador de Florida.

El Tribunal Federal de Apelaciones de Atlanta rechazó la solicitud de los Schindler para revisar los informes médicos del caso, el 30 de marzo, disipando con ello, la última esperanza de mantener a Terri con vida, quien moriría al día siguiente, después de 14 sin recibir agua ni alimento, a los 41 años de edad.<sup>155</sup>

### **3.3. Consideraciones**

#### **3.3.1. La voluntad del sujeto.**

En este caso en particular, no existe un documento donde se asentaran los deseos de Terri para ser o no mantenida artificialmente con vida aun cuando no

---

<sup>155</sup> "La Muerte que enfrentó a un país. Cronología del caso Schiavo" ELMUNDO.ES, 31 de marzo de 2005 en <http://www.elmundo.es/elmundo/2005/03/21/sociedad/1111432425.html>

hubiera posibilidades de recuperar la conciencia, en embargo, Michael Sciavo alegó que ella le había mencionado en repetidas ocasiones que hubiera preferido que se le dejara morir a vivir bajo esas condiciones.

Ante la falta de consentimiento expreso de Terri, el juez Greer se subrogó la voluntad de la paciente y resolvió con base en el mejor interés de Schiavo, la suspensión del soporte vital.

En respuesta al recurso de los Schindler, el juez Greer optó por la figura de “voluntad presunta” y recurrió a los testimonios de los familiares y amigos para determinar la voluntad de la paciente, nuevamente Greer resolvió que el deseo de Terri habría sido no ser mantenida artificialmente con vida.<sup>156</sup>

Al igual que con el caso Cruzan, la sociedad cobró conciencia de la importancia de contar con un testamento vital: “un documento legal sencillo, que se puede completar sin la ayuda de un abogado y donde se dan instrucciones específicas sobre si, llegado el caso, se desea o no continuar vivo utilizando métodos artificiales.”<sup>157</sup>

Meses después de la muerte de Schiavo, los sitios que permiten el registro de testamentos vitales reportaron un tráfico sin precedentes.

### **3.3.2. Argumentos de los familiares.**

En este rubro nos encontramos con dos posturas bien definidas, por un lado, Michael Schiavo sostuvo que, tal como se lo había confiado en su

---

<sup>156</sup> La resolución fue confirmada y publicada por la Corte de Apelación del Segundo Distrito de Florida. Recuperado en <http://abstractappeal.com/schiavo/trialctorder02-00.pdf>

<sup>157</sup> Martín Cantero, Natalia. “El caso Schiavo desata la fiebre por el testamento vital en EEUU”. *Informativos Telecinco*. España, 31 de marzo de 2005. Recuperado en [http://www.informativos.telecinco.es/dn\\_1582.htm](http://www.informativos.telecinco.es/dn_1582.htm)

momento, Terri no hubiera estado de acuerdo en prolongar artificialmente su vida y que como su tutor legal, era su obligación hacer cumplir su deseo.

Por otra parte, los Schindler sospechaban que la solicitud de Michael era una maniobra para librarse de Terri y convertirse en heredero de la indemnización por *mala praxis* que se les habían otorgado al matrimonio en 1992, por lo que intentaron demostrar que los médicos se habían equivocado al diagnosticar la condición de su hija y que en realidad estaba sumida en un estado de mínima conciencia (EMC).

Los pacientes en “estado vegetativo persistente” (EVP) no pueden ejecutar actos voluntarios o intencionales, pero pueden tragar, digerir, toser, bostezar, abrir y mover los ojos, sus pupilas pueden reaccionar a la luz, e incluso, los músculos de la cara se pueden contraer, por lo que parece que sonrían, por lo que los observadores no avezados pueden confundir estos reflejos actos voluntarios.<sup>158</sup>

Por el contrario, los pacientes en EMC presentan actos voluntarios elementales como obediencia a comandos simples, respuestas gestuales o verbales afirmativas o negativas y balbuceos. Los propios médicos han señalado la dificultad para definir el “compromiso de conciencia” para marcar límites claros entre el EVP y el EMC, ya que “dependen de la apariencia externa del paciente y de la impresión del clínico”.<sup>159</sup>

---

<sup>158</sup> The Multi-Society Task Force on PVS. “Medical Aspects of the Persistent Vegetative State”. *The New England Journal of Medicine*. Volume 330:1499-1508, 26 de mayo de 1994, número 21. Recuperado en <http://content.nejm.org/cgi/content/short/330/21/1499>

<sup>159</sup> En el EVP los elementos de diagnóstico son la falta de evidencia de conciencia de sí mismo o del entorno, incapacidad para interactuar con otros, ausencia de respuesta sostenida, reproducible, propositiva y voluntaria al estímulo sensorial, ausencia de comprensión del lenguaje, ciclos de sueño-vigilia, sobrevivencia con cuidado médico e incontinencia.

Si observamos los videos de Terri que todavía circulan por la red, no es extraño coincidir con los Schindler en que subsistía algún tipo de conciencia (ya fuera superficial o intermitente) en su hija.<sup>160</sup>

Sin embargo, a partir de la observación de las seis horas de video y de la opinión de expertos, la autoridad judicial falló nuevamente en 2003 a favor de las pretensiones de Michael: el diagnóstico de EVP fue confirmado y se impuso la voluntad presunta de Terri para detener el soporte vital.

Como epílogo a esta larga y amarga lucha, se puede señalar que el distanciamiento entre los familiares fue de tal magnitud que Michael Schiavo no sólo impidió a la familia Schindler estar presente durante la agonía de Terri, sino que incluso fue necesaria una orden judicial para informarles —vía fax— del lugar donde habían sido depositadas sus cenizas.

Actualmente, la familia Schindler ha organizado un sitio virtual ([www.terrisfight.org](http://www.terrisfight.org)) para “apoyar a las familias que pelean por aquellos que no pueden pelear por sí mismos”. Además en marzo de 2006, los Schindler publicaron el libro *A Life That Matters: The Legacy of Terri Schiavo - A Lesson for Us All*.<sup>161</sup> Por su parte, Michael Schiavo publicó su versión de los hechos en *Terri: The Truth*.<sup>162</sup>

---

Mientras que en el EMC, los signos son obediencia a comandos simples; respuesta afirmativa o negativa (gestual o verbal); verbalización inteligible y actos con propósito con relación al estímulo de ambiente y no meramente reflejos. *Ibidem*.

<sup>160</sup> Cabe destacar, sin embargo, que las seis horas de video filmadas fueron editadas por los Schindler para mostrar a una Terri semiconsciente.

<sup>161</sup> Familia Schindler. *A Life That Matters: The Legacy of Terri Schiavo - A Lesson for Us All*. Editorial Hachette Audio, marzo del 2006 en <http://search.barnesandnoble.com/booksearch/isbnInquiry.asp?z=y&isbn=0446579874&itm=5>

<sup>162</sup> Schiavo, Michael y Hirsch, Michael. *Terri: The Truth*. *Sin datos editoriales*. Marzo del 2006 en [http://www.amazon.com/Terri-Truth-Michael-Schiavo/dp/0525949461/ref=sr\\_1\\_1?ie=UTF8&s=books&qid=1224648083&sr=1-1](http://www.amazon.com/Terri-Truth-Michael-Schiavo/dp/0525949461/ref=sr_1_1?ie=UTF8&s=books&qid=1224648083&sr=1-1)

### **3.3.3. La opinión de los médicos.**

El informe de ingreso de Terri Schiavo al *Humana Northside Hospital* indica que la anoxia sufrida entre el paro cardiorrespiratorio y la resucitación, habían provocado un profundo daño cerebral<sup>163</sup> que “afecta las partes del cerebro relacionadas con el conocimiento, la percepción y la vigilia”. Los médicos concluyeron que la el paro cardiaco pudo haberse debido a la falta de nutrientes y a un desequilibrio de electrolitos en su sangre causado por el efecto de diuréticos.

Terri permaneció en coma por dos meses y medio antes de sumirse en EVP con pocas probabilidades de recuperación.

Los Schiavo intentaron repetidamente durante los 14 años de lucha legal, que los médicos cambiaran su opinión. Cuando se revisó esta cuestión ante el comité de expertos, tres de los cinco peritos ratificaron el diagnóstico de EVP con base en el encefalograma plano. De igual forma, la pérdida de masa cerebral mostrada en la resonancia magnética sustentaba la opinión de irreversibilidad.

Después de su muerte, el cuerpo de Schiavo fue llevado a la oficina del médico forense del Sexto Distrito para los condados de Pinellas y Pasco. La autopsia fue dirigida por el médico forense en jefe, Jon R. Thogmartin, M.D. quien fue auxiliado por el neuropatólogo, Stephen J. Nelson, M.D.

El informe señala la pérdida masiva de materia cerebral (el cerebro pesaba sólo 615 g, la mitad del peso normal de una mujer de la edad, altura y peso de

---

<sup>163</sup> Encefalopatía anóxica isquémica, de acuerdo al informe de la autopsia. Thogmartin, Jon R., M.D. "Report of Autopsy " for Theresa Schiavo, Case #5050439, 13 de junio 2005 en <http://www.abstractappeal.com/schiavo/autopsyreport.pdf>

Terri), así como daño extenso e irreversible del sistema nervioso y de casi todas las regiones cerebrales, incluidas el córtex, tálamo, glándula basal, hipocampo, cerebelo y cuerpo calloso.

El Dr. Stephen J. Nelson, M.D. aclaró que no era posible confirmar o descartar el EVP del examen físico del cerebro, pero que tanto la evidencia *post mortem*, como los resultados de las tomografías, resonancias y electroencefalogramas eran consistentes con ese diagnóstico.

Así mismo se excluyó la presencia de problemas cardiacos y no se encontraron evidencias de desorden alimenticio (bulimia) ni de violencia doméstica.

La conclusión de Thogmartin fue escueta: “la Sra. Schiavo sufrió una grave anoxia cerebral. Y ya que el origen no puede ser determinado con certeza, la causa de la muerte debe ser asentada como indeterminada.”

#### **3.3.4. La opinión pública y el involucramiento del Estado.**

El derecho a morir es un asunto que pertenece a la esfera del derecho privado y que debe ser una decisión personal, el Estado, entonces debe limitarse a actuar como un vigilante para asegurar que el ejercicio de este derecho de autodeterminación no afecte a terceros, pero no debe, de ninguna forma, tener facultades para intervenir directamente en estos asuntos.

El Gobierno de los EUA ha evitado pronunciarse a favor o en contra de la eutanasia, por lo que simplemente ha permitido que el poder judicial sea quien determine lo consecuente en cada caso. Sin embargo, el caso Schiavo alcanzó una relevancia tal que los poderes ejecutivo y legislativo se vieron orillados a

tomar acciones controvertidas que incluso excedieron la esfera de sus atribuciones.

Una semana después de que la sonda de Terri fuera retirada por segunda vez, la legislatura de Florida aprobó la llamada “Ley Terri” que autorizaba al Gobernador Jeb Bush a intervenir directamente en el caso.<sup>164</sup> Bush ordenó al Departamento Legal de Florida, el secuestro de Terri para la reinsertarle la sonda, sin embargo, el 5 de mayo de 2004, la Corte Estatal resolvió que la “Ley Terri” era inconstitucional y la invalidó de inmediato.<sup>165</sup> Bush apeló esta resolución ante la Corte de Apelaciones del Segundo Distrito, pero ésta se excusó y envió la apelación directamente a la Suprema Corte de Florida, quien confirmó la resolución de inconstitucionalidad.<sup>166</sup>

Para 2005, el juez Greer emitió por tercera vez la orden para que la sonda fuera removida el 18 de marzo. De inmediato, el Comité de Salud del Congreso emplazó a Michael y Terri. El juez Greer calificó la maniobra de dilatoria y la desestimó.

Anticipando la reacción de Greer, el Gobernador Bush y el ala republicana del Congreso impulsaron un proyecto de ley para transferir la jurisdicción del caso a la Corte Federal. En una carrera contra el tiempo, el llamado “*Palm Sunday Compromise*” fue aprobado en un mismo día por el Senado y por la

---

<sup>164</sup> Estado de Florida. Oficina del Gobernador. *Orden Ejecutiva No. 03-201* del 21 de octubre de 2003. Recuperado en <http://news.findlaw.com/hdocs/docs/schiavo/flagovexord03201.html>

<sup>165</sup> Pariante, Barbara, Jefe de Justicia. *Jeb Bush, Governor of Florida, et al., Appellants vs. Michael Schiavo, Guardian of Theresa Schiavo, Appellee, Orden SC04-925* del 23 de septiembre de 2004. Recuperado en <http://fl1.findlaw.com/news.findlaw.com/hdocs/docs/schiavo/flsct92304opn.pdf>

<sup>166</sup> Altenbernd, Chris W., Juez (por la Corte). *Department Of Children & Family Services, Appellant / Petitioner(s), v. Michael Schiavo in Re: Theresa M. Schiavo, Appellee / Respondent(s), Número de Caso: 2D05-1300, L.T. No. : 90-2908GD-003*, Corte de Apelaciones del Segundo Distrito de Florida, 16 de marzo de 2005. Recuperado en <http://www.2dca.org/schiavo/order.pdf>

Cámara de Representantes, y firmado en la madrugada del día siguiente, 21 de marzo, por el Presidente George Bush.<sup>167</sup>

Una vez advertido del contenido del documento, Greer prohibió expresamente al Departamento de Protección de la Niños y la Familia (DCF) y "a todas y cada una de las autoridades de Florida " el secuestro de Theresa Marie Schiavo.

Desobedecer la orden de Greer habría significado un enfrentamiento entre el Departamento de Policía de Pinellas Park y el Departamento de Justicia, por lo que Jeb Bush decide acatar la resolución y abandonar a Terri Schiavo a su destino.

En tono de broma un oficial de policía comentaría después "...si sólo hubiéramos tenido suficientes agentes, hubiéramos podido detener a la Guardia Nacional."

### **3.3.5. La decisión judicial**

Desde la solicitud de Michael Schiavo en representación de Terri, el juez de Pinella-Pasco, George Greer resolvió detener el soporte vital ya que "los americanos —sentenció--- no quieren ser mantenidos con vida cuando no hay esperanza de mejoría".<sup>168</sup>

Las conclusiones iniciales del juez Greer fueron inamovibles durante todo el proceso: Terri era una persona incapaz que no podía actuar por sí misma; la representación de Michael Schiavo era válida ya que no se habían comprobado

---

<sup>167</sup> Senate and House of Representatives of The United States of America in Congress assembled, *An act for the relief of the parents of Theresa Marie Schiavo*, 2 de marzo de 2005. Recuperado en <http://news.findlaw.com/hdocs/docs/schiavo/bill31905.html>

<sup>168</sup> Greer, George W., Juez de Circuito. "*In Re: The Guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated*," *File No. 90-2908GD-003*, Florida. 6° Circuito Judicial, 11 de febrero de 2000. Recuperado en <http://abstractappeal.com/schiavo/trialctorder02-00.pdf>

que actuara contra el mejor interés de su esposa; Terri estaba sumida en EVP y no podía sobrevivir sin ayuda ni tenía posibilidades de recuperación o mejoría; en caso de estar consciente, su deseo habría sido renunciar al soporte vital. Por lo tanto, la solicitud de Michael era válida y debía ser concedida.

Todas las decisiones posteriores del Juez Greer son consistentes con lo anterior. Por ello son inadmisibles las solicitudes de los Schindler para alimentar oralmente a Terri una vez retirada la sonda, ni concede que se le brinde terapia para recuperar sus capacidades de deglución (Terri no tenía capacidad para tragar y la alimentación oral no hubiera bastado para mantenerla con vida).

Como el diagnóstico de EVP se había confirmado, las terapias para restaurar las habilidades cognitivas tampoco serían útiles.

Respecto a la intervención del Estado, la autoridad judicial consideró que el Gobernador Bush había violado la separación de poderes legislativo y ejecutivo al sancionar la Ley Terri.

Sin embargo, con respecto al *Palm Sunday Compromise*, la Corte no se manifestó en ningún sentido, simplemente denegó la solicitud:

La Corte Suprema de los Estados Unidos dio la última palabra (...) “La solicitud para intervenir (...) es denegada”, fue la escueta respuesta rubricada en el fallo escrito sobre el estrado superior de los Estados Unidos. Con la decisión, la Corte resolvió algunas de las cuestiones tirantes que el caso produjo. Primero, se despegó del asunto avalando lo resuelto por la Corte de Apelaciones de Atlanta, que ordenó que se quitase la aparatología vital para Schiavo. Segundo, intervino tangencialmente en un caso donde la

ética prevalece sobre los fríos conceptos jurídicos y científicos, y en el que la pantanosa discusión sobre la “eutanasia” podría manchar el traje institucional que luce ante la opinión pública. Y tercero, con la negativa de ordenar o negar explícitamente la reconexión de Terri al tubo que la alimenta, los supremos norteamericanos evitaron caminar públicamente por la vereda contraria al presidente George Bush, que mostró su posición “cristiana” frente al caso cuando instó al Congreso a aprobar una ley que dio una oportunidad más a la mecánica vida de la mujer.<sup>169</sup>

#### **3.4. Análisis a la luz del Derecho a Morir**

Como se ha mencionado previamente, para que se configure la eutanasia, es un requisito indispensable que exista la manifestación de voluntad del afectado, ya sea un consentimiento personal y actual cuando se trata de personas capaces, autónomas y conscientes, o bien, como testamento vital, en los casos en los que el paciente haya devenido incapaz o inconsciente irreversible.

Este es el primer problema que nos encontramos al analizar el caso Schiavo. Al salir del coma, el daño cerebral que había sufrido Terri anuló su facultad para interactuar con su entorno y su capacidad para ejercer por sí misma sus derechos, por lo que su esposo, Michael Schiavo, fue designado como su tutor legal.

---

<sup>169</sup> Carvajal, Mariana, Entrevista con Leonardo Belderrain. “Eutanasia. Un estilo inmoral”. *Página 12*. Buenos Aires, Argentina, 25 de marzo de 2005. Recuperado en <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/48916-16580-2005-03-25.html>

En este sentido, y toda vez que Terri no había tomado la previsión de manifestar indubitablemente las condiciones bajo las cuales aceptaría ser o no mantenida con vida, Michael, en su calidad de representante, solicitó a la corte que se subrogara en los deseos de su mujer y que definiera si ella hubiera deseado ser mantenida con vida bajo EVP.

La representación de Terri por su esposo al solicitar la suspensión del soporte vital debe considerarse como válida ya que ni las sospechas del tutor *ad litem* Pearse, ni de la familia Schindler pudieron comprobarse.

La solicitud de subrogación de Michael invistió al juez Greer como autoridad tutelar quien, con base en el “mejor interés” de la paciente, en un primer término, suplió la falta de voluntad de la paciente con su propia decisión, y en una segunda fase, reconstruyó la voluntad de Terri tomando en consideración la opinión de amigos y familiares (“voluntad presunta”), así como las creencias que pudieran interferir sobre esa decisión como filosofía, religión y sus puntos de vista particulares.

Aunque Terri Schiavo no estaba en agonía, ni existía evidencia de dolor o de condiciones que expresamente ella haya considerado indignas, el Juez Greer resolvió que la decisión de la paciente hubiera sido renunciar a toda medida que la mantuviera artificialmente con una vida biológica y sin posibilidad de recuperar su autonomía, por lo que, en consecuencia, ordenó la suspensión del soporte vital y desestimó el argumento de que en su calidad de católica, Terri no habría contrariado la doctrina del Vaticano sobre la eutanasia, esgrimido por los Schindler.

En términos legales, el caso Schiavo fue controversial, pero correcto y satisfizo las salvaguardas para pacientes incapacitados o para eutanasia no voluntaria.

Queda la duda si esa habría sido la verdadera voluntad de Terri.

### **3.5. Conclusiones**

Cuando existe la solicitud de muerte anticipada de una persona capaz y consciente, existe una voluntad manifiesta y el ejercicio de autonomía que justifica el rechazo a los tratamientos médicos, sin embargo, tratándose de personas inconscientes o incapaces, la situación se complica: puesto que no existe un ejercicio de autonomía ¿es válido aceptar la representación de un tercero al solicitar la muerte anticipada?

Se ha señalado que una solicitud de muerte anticipada por interpósita persona es válida siempre que se haga en beneficio del paciente (para evitarle una agonía lamentable o porque no existe posibilidad de mejoría) y que exista evidencia de una voluntad presunta en este sentido.

En virtud de este razonamiento, que podemos señalar que la solicitud de Michael Schiavo es representación de Terri Schiavo fue conforme a derecho. No se pudieron comprobar móviles egoístas en esa solicitud, por lo que el juez Greer concluyó que Terri estaba en una condición degradada e irreversible y que existían las evidencias suficientes para considerar que de estar consciente, ella habría elegido no ser mantenida con vida en esas condiciones.

Los tribunales ya habían determinado en el caso Quinlan que “todos los ciudadanos tienen un derecho a morir reconocido por el common law y

constitucionalmente protegido por el derecho a la intimidad (privacy)". Este derecho permite rechazar un tratamiento médico.

Es por ello que el juez Greer al subrogarse la voluntad de Terri, en una primera instancia, y posteriormente, a partir de la reconstrucción de la misma y determina, en ambos casos que Terri habría rechazado el soporte vital.

El aspecto más relevante de este caso es el involucramiento de los poderes Ejecutivo y Legislativo tanto del Estado de Florida como Federales.

En el caso Cruzan, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos reconoció que existen casos en los que el derecho del individuo a dejarse morir prevalecen sobre el derecho del Estado para preservar la vida.

Una vez que se ha determinado que el derecho a morir del individuo prevalece sobre los derechos del Estado, éste debe quedar al margen. El derecho a morir es una decisión personal y materia del derecho privado por lo que el Estado debe limitar su acción a garantizar el ejercicio de ese privilegio.

En este sentido, el Gobernador de Florida y el Presidente Bush, así como los legisladores estatales y federales excedieron la esfera de sus atribuciones al sancionar leyes especiales con el fin de contravenir una orden judicial y mantener a Terri con vida.

Ahora bien, este caso hizo mella en la conciencia mundial sobre la importancia de contar con un testamento vital o alguna forma válida para definir la voluntad ante un caso de inconsciencia irreversible.

Esto aceleró el proceso para legislar este tipo de instrumentos, incluso en países que no cuentan con sociedades que defienden el derecho a morir.

#### 4. Propuesta por un Derecho a Morir en México

Aun cuando los primeros proyectos legales a favor de la autodeterminación del individuo para elegir el tiempo y forma de su muerte se presentaron en la primera década del siglo XX, no es sino hasta los setenta cuando éstos se materializan en normas jurídicas como las excluyentes emitidas en los Países Bajos para que los médicos ayuden a morir a pacientes incurables, así como las disposiciones de Oregón en los Estados Unidos, la efímera ley del territorio norte de Australia y la despenalización *de facto* de Suiza. Todos estos instrumentos legales han allanado el camino para que otras naciones consideren amparar explícitamente en su marco legal las decisiones sobre la terminación anticipada de la vida.

El aspecto más importante de este tema, radica en que si un Estado decide cobijar la eutanasia en su legislación, defina, evitando en la medida de lo posible, áreas grises y lagunas legales, los alcances y las condiciones que debe reunir la conducta, así como diseñar los mecanismos adecuados para salvaguardar los derechos de terceros y los de vigilancia para desincentivar las acciones transgresoras.

Por citar algunos aspectos, se debe definir la conducta, agentes, requisitos y sus limitaciones. Es evidente que no es lo mismo justificar la eutanasia pasiva que la directa. Lo anterior implica definir el trato punitivo de la conducta, que puede manifestarse en un abanico de posibilidades que puede ir desde la despenalización lisa y llana, privilegiar ese tipo penal, la atenuación de la pena, el trato especial a los agentes *urbi et orbi* o sólo para ciertos individuos (por

ejemplo, los médicos tratantes o el personal sanitario), o bien mantener el *status* penal, pero promover el perdón judicial atendiendo al móvil piadoso del crimen.

De ahí que los legisladores deben tener en cuenta que el núcleo de una ley sobre eutanasia o decisiones sobre el final de la vida debe privilegiar la autodeterminación del individuo, sobre todo en situaciones de enfermedad terminal, progresiva o irreversible cuando se le niega al propio paciente el derecho a decidir sobre su cuerpo y su destino, para quedar a merced de las decisiones de terceros: familiares, amigos y de los propios médicos.

Luego entonces, la eficacia de una ley sobre eutanasia se determinará en la medida que sirva para hacer valer la voluntad del paciente ante terceros, a pesar, incluso de los objetores de conciencia que presente el sistema o sociedad.

Es por ello que se ha concluido que los requisitos mínimos que deben considerarse para construir una legislación en materia de terminación anticipada de la vida son: el consentimiento como manifestación de voluntad; el daño a evitar que se puede traducir en un menoscabo de la calidad de vida o de la dignidad, en dolor o sufrimiento insoportable, y por último, el mejor interés del paciente.

#### **4.1. Manifestación de la Voluntad o Consentimiento**

Así se trate de eutanasia directa o indirecta, es un requisito *sine qua non* que el paciente exprese de manera libre, autónoma y espontánea su deseo de terminar con su condición y que este deseo guíe la acción del agente que resultará en la muerte del solicitante para que se configure efectivamente la

eutanasia, ya que de no existir este consentimiento, estaremos frente a un homicidio.

El consentimiento debe ser otorgado de manera libre, autónoma y espontánea, esto es, libre de injerencias externas.

Además de lo anterior, deberá ser válido, auténtico, personal, real, informado y reiterado.

La validez del consentimiento califica al individuo que lo manifiesta. El sujeto debe ser capaz, esto es, mayor de edad, consciente, no padecer trastornos mentales permanentes o transitorios que puedan viciar su voluntad.

El consentimiento es auténtico en tanto que está libre de coerción o sugestión, en este sentido Mantovani señala que no puede existir un consentimiento auténtico tratándose de eutanasia porque la simple cercanía a la muerte induce a un estado psicológico alterado.<sup>170</sup>

Joaquín Barquín Sanz ofrece la siguiente propuesta al respecto: aun cuando el paciente haya manifestado su deseo de terminar con su vida, no basta con ello, esta solicitud primaria deberá considerarse como una solicitud espontánea, pero de ninguna manera definitiva, en el momento crucial, el paciente deberá reiterar su voluntad en plena consciencia de las consecuencias de sus deseos.<sup>171</sup>

En este caso, es necesario que el paciente tenga tiempo para informarse y reflexionar, por lo tanto debe preverse que exista una ratificación o refrendo de

---

<sup>170</sup> Mantovani, Ferrando. *op. cit.*, Roxin, Claus *et al. op. cit.*, p. 94-101

<sup>171</sup> Barquín Sanz, Jesús. *op. cit.*, Roxin, Claus *et al. op. cit.*, p. 71

su solicitud. Roxin llama a esta segunda manifestación o ratificación, “solicitud madura”.

Se considera personal cuando el consentimiento se expresa por el propio paciente, y es real cuando se realiza de forma expresa e indubitable, por lo cual se sugiere que la solicitud (tanto la preliminar como la madura) se asiente por escrito ante la presencia de testigos o de un autoridad que actúe como fedataria.

Por último, el consentimiento es informado cuando el paciente tiene un panorama claro de su situación, sus posibilidades de recuperación, el tratamiento sugerido y las alternativas a la terminación anticipada de la vida, así como las implicaciones de su decisión.

Por regla general debe existir el consentimiento del paciente para que sea posible activar algún tipo de terminación anticipada de la vida, sin embargo, irremediamente la discusión se desviará a la necesidad de incluir a menores de edad e incapaces que sufren situaciones de daño grave de sus condiciones de vida.

Abarcar a estos grupos en los beneficios de esta legislación dependerá en gran medida si se considera que la terminación anticipada de la vida es una medida a favor del paciente, por lo que en este caso, sería injusto excluir a personas incapaces o menores de edad.

Si la terminación anticipada de la vida tiene por fin evitar un daño mayor, deberá incluirse a estos grupos siempre que se actúe atendiendo al mejor interés del paciente y se diseñen las salvaguardas procedimentales adecuadas.

#### **4.2. Evitar un daño**

Parece muy acertada la opinión de Ana María Marcos del Cano, quien precisa que el objetivo de la eutanasia no es evitar el sufrimiento, el dolor o las condiciones de vida indignas, sino evitar un daño, sin importar con cuál nombre lo identifique el paciente.<sup>172</sup>

Es infructuoso tratar de definir una escala objetiva del dolor, el sufrimiento, la calidad de vida o de la dignidad, como se ha demostrado, lo que un paciente puede considerar soportable es insufrible para otro, y tampoco hay una razón válida para imponer sobre otros nuestras propias percepciones, por ello, aunque es una consideración que debe tenerse en cuenta en casos poco claros y para discusiones doctrinales, en la práctica, debe ser una presunción legal: el paciente ha manifestado su deseo de terminar anticipadamente con su vida ante la inminencia de un daño considerado por él insoportable.

#### **4.3. Mejor interés**

El mejor interés, tratándose de personas capaces, debe quedar implícito en el consentimiento maduro. El paciente basa su decisión en lo que considera mejor para si mismo; sin embargo, cuando hablamos de infantes, inconscientes o incapaces, el mejor interés debe ser el derecho de mayor peso cuando se contraponen dos derechos incompatibles pero igual de importantes.

Tal como lo estableció el Tribunal Supremo de Nueva Jersey en el caso Quinlan, el derecho individual a morir puede prevalecer sobre el interés público de preservar la vida cuando la enfermedad gana terreno y el pronóstico

---

<sup>172</sup> Marcos del Cano, Ana María. *op. cit.*, p. 194

empeora, por lo que ante la imposibilidad de recabar el consentimiento válido de los incapaces, pero considerando que en ciertos casos, la eutanasia es la única forma de evitar un daño mayor, deben existir excepciones a la regla general.

Para la creación de estas excepciones, se debe prever la inclusión de ciertos candados como: la designación de un tutor que represente al paciente incapaz; el diagnóstico médico que certifique la condición irreversible e incurable, y la inutilidad de cualquier tratamiento médico; la doble verificación tanto de una autoridad sanitaria o ética como de la autoridad tutelar, y por último, la autorización judicial para consentir la terminación anticipada de la vida para asegurar que se actúa atendiendo al mejor interés del paciente.

#### **4.4. Otras consideraciones**

Además de los que se han llamado requisitos fundamentales, es necesario reflexionar sobre aspectos tangenciales, que inciden sobre los mecanismos que faciliten la terminación anticipada de la vida y que configurarán el marco legal de la eutanasia. Entre estas consideraciones se encuentran el papel de terceros y los mecanismos de salvaguarda.

##### **4.4.1. Excluyente legal amplia.**

La decisiones de terminación anticipada de la vida presuponen la existencia de dos agentes: el autor material y el intelectual.

El autor intelectual o instigador es aquel que incite al autor material o agente activo a cometer la acción que conduce a la muerte del instigador.

Si no existe la solicitud del instigador y el agente actúa de *motu proprio*, nos enfrentaremos a un homicidio aun cuando la víctima sea un enfermo incurable.

En otro supuesto, puede existir la solicitud del instigador, pero si el tercero no ejecuta la acción solicitada y el instigador se produce la muerte *manu propria*, estaremos frente a un suicidio, ya que la voluntad y el acto decisivo convergen en una misma persona.

Algunas legislaciones contemplan, de hecho o de derecho, un trato privilegiado a aquel que auxilie un suicidio o lleve a cabo un homicidio piadoso, sin embargo es una solución controversial ya que en la práctica es difícil probar que la voluntad del agente no está viciada por motivaciones egoístas, es por ello que nos parece mucho más transparente y objetivo definir un tipo penal específico para la eutanasia en el que se otorgue mayor relevancia a la voluntad del instigador o paciente.

Por último, conceder un perdón absoluto a cualquier persona que alegara que atendió una solicitud de eutanasia podría ser excesivo, ya que al igual que el trato privilegiado de los homicidios piadosos, es difícil probar la transparencia de las motivaciones del agente activo y sería una forma fácil de encubrir homicidios de moribundos y otros grupos vulnerables.

Una solución adecuada para legislar una permisividad amplia, sería mantener el *status quo* jurídico-penal actual y dotar de las facultades necesarias a la autoridad judicial para valorar casuísticamente las condiciones de cada homicidio piadoso y, en su caso, determinar la pena o incluso, el perdón del agente.

#### **4.4.2. Excluyente legal limitada.**

No es gratuito que las legislaciones existentes en materia de terminación anticipada de la vida, sólo otorguen a los médicos una libertad limitada para atender solicitudes de este tipo.

La formación de un médico asegura que conoce la evolución de la condición que aqueja al paciente y las opciones de tratamiento, esto salvaguarda el derecho del paciente a ser debidamente informado de su condición y alternativas para que se pueda realizar una solicitud madura y reflexionada.

La ética de la profesión médica aunada al hecho de que el médico normalmente no está vinculado emocionalmente con el paciente, evitará de una forma más efectiva, la presencia de esa zona gris sobre las motivaciones personales de los que auxilian a un moribundo a cumplir con su voluntad. Siempre será mucho más fácil para un médico mantener la objetividad necesaria para atender una solicitud de eutanasia que para un pariente o amigo que se ve sacudido por sus propias emociones y que puede actuar impulsivamente.

Por otra parte, el hecho de que el médico conozca el pronóstico de la enfermedad y que sea ajeno al entorno familiar del paciente, permite suponer que sus acciones no estarán viciadas por consideraciones económicas o egoístas, lo que impactará positivamente en la transparencia al atender este tipo de solicitudes de ayuda.

Finalmente, el conocimiento del médico sobre fármacos y terapias asegurará que los medios elegidos para cumplir con la voluntad del solicitante sean los más adecuados y benignos.

Ahora bien, la primera línea de atención ante una solicitud de eutanasia debe ser el médico tratante, también se comparte el criterio de que esta libertad debe ser limitada y las decisiones deben ser verificadas por otras instancias con el doble objetivo de reforzar la objetividad y de respaldar las acciones de los médicos.

Si la autorización para atender una solicitud de eutanasia se lleva a cabo de manera colegiada e interdisciplinaria se cubren los distintos ángulos de cada caso, como los aspectos médicos, legales y éticos.

Por otra parte, al involucrar a otros profesionales en el procedimiento se atomiza la responsabilidad y se minimizan los sentimientos de culpa que podría sentir el médico tratante si tuviera que afrontar solo estas resoluciones.

En resumen, es deseable que se adopte el esquema holandés y que sólo se considere como excluyente la acción del médico que, atendiendo a la solicitud de su paciente, termine anticipadamente con la vida de este último, siempre que cumpla con el procedimiento previsto por la ley y que existan otros órganos de verificación o respaldo que incluyan equipos multidisciplinarios.

#### **4.5. Análisis de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal**

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, publicada en 2008,<sup>173</sup> tiene por objeto ofrecer un marco legal a la eutanasia negativa y las directivas anticipadas para evitar el encarnizamiento médico.

El origen de esta ley se remonta a la iniciativa de la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal a nivel federal

---

<sup>173</sup> Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 7 de enero de 2008.

presentada el 18 de mayo de 2005. Las facciones del PRI y el PAN de la Cámara de Diputados rechazaron la propuesta perredista que básicamente planteaba la despenalización del suicidio asistido y el reconocimiento de cuatro derechos para el paciente: el de información, a cuidados paliativos, a hacer válido su testamento de vida, y a solicitar la terminación voluntaria de su vida.<sup>174</sup>

Dos años después, en noviembre de 2006, diputados del PRD, PAN y la Coalición Socialdemócrata acordaron aprobar la Ley de Voluntad Anticipada (LVA) y desechar la propuesta del priísta Tonatiuh González Case, que incluía la eutanasia activa. Sin embargo, no sería sino hasta el 4 de diciembre cuando se aprobaría el modelo final presentado por las Comisiones Unidas de Administración y Procuración de Justicia, y de Salud y Asistencia Social, y al que la Iglesia Católica aprobó.<sup>175</sup>

La LVA hace explícito que su objeto no es el acortamiento intencional de la vida y que sólo se limita a la Ortonasia,<sup>176</sup> que se define como los cuidados brindados a un enfermo terminal que no provoquen la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la obstinación médica, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo, y que incluyen, cuidados paliativos, medidas mínimas ordinarias y tanatológicas y, en su caso, sedación controlada.

---

<sup>174</sup> Cámara de Diputados, *Boletín N° 1921*, México, D.F., 5 de junio de 2005. Recuperado en <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/view/full/9173>

<sup>175</sup> Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Informe de la Coordinación de Servicios Parlamentarios de la IV Legislatura*. México, D.F., 4 de diciembre de 2007. Recuperado en <http://www.asambleadf.gob.mx/sp/pdf/02130402124.pdf>

<sup>176</sup> Es interesante que los asambleístas hayan preferido disfrazar la eutanasia pasiva bajo este eufemismo acuñado por el Vaticano.

El Código Penal para el Distrito Federal contempla como tipos penales el homicidio a petición, el auxilio al suicidio y el abandono de personas incapaces.<sup>177</sup>

Sin embargo, a partir de la promulgación de la LVA, se modificaron el segundo y tercer párrafo del propio artículo 127, el 143 bis y el 158 bis para señalar que no se tipificará como delito el acto de un otorgante —o su representante— de un documento de voluntad anticipada, ni las acciones del personal sanitario en el cumplimiento de las disposiciones de una voluntad anticipada suscrita bajo los requisitos de la LVA.

La LVA requiere que los deseos del solicitante se asienten de manera personal, libre e inequívoca en el formato oficial y que el mismo se registre ante Notario—o ante dos testigos en caso de emergencia— y que incluirá en él, el nombramiento de un representante que tendrá las obligaciones de verificar el cumplimiento y, en su caso, la defensa de la voluntad de su representado, así como la manifestación de los órganos susceptibles de ser donados.

El documento de Voluntad Anticipada puede ser suscrito por cualquier persona capaz<sup>178</sup> y en cualquier momento, aun cuando no se trate de un enfermo terminal. Este documento es revocable y personal, pero admite la posibilidad de otorgarla mediante representante.

De igual forma, se acepta como válida la Voluntad Anticipada de un menor o incapaz siempre que sea otorgada por sus padres o tutores, o bien por los

---

<sup>177</sup> Artículos 127, 142, 143 y 156 del Código Penal para el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 16 de julio de 2002.

<sup>178</sup> Mayor de edad, sin incapacidades mentales o de juicio, que no esté bajo amenazas o coerción de ningún tipo. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, artículo 7.

familiares, cónyuges o concubinos de un enfermo terminal que esté impedido para comunicar su decisión personalmente.

Además del requisito notarial, la LVA requiere que los documentos de Voluntades Anticipadas sean notificados a la Coordinación Especializada de la Secretaría de Salud y que se hagan del conocimiento del Ministerio Público.

Cabe señalar que requerir que el documento de voluntad anticipada se asiente en formato oficial, que se registre ante Notario, y se dé conocimiento a la Coordinación Especializada y al Ministerio Público, es un exceso de formalidades que dificultan el otorgamiento anticipado de estos documentos, por lo que habría sido una mejor solución optar por la creación de un registro de voluntades anticipadas como lo contempla la legislación española.

El artículo 41 de la LVA señala que el personal de salud en el cumplimiento de las disposiciones de un documento de voluntad anticipada deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información sobre cuidados paliativos, medidas mínimas ordinarias, sedación controlada y el tratamiento tanatológico brindado.

La misma LVA define como “cuidados paliativos”, el cuidado activo y total de enfermedades que no responden a tratamiento curativo que incluyen: el control del dolor y otros síntomas, la atención psicológica del paciente; así como “medidas mínimas ordinarias”, la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y curaciones; “sedación controlada”, la administración de fármacos por parte del personal de salud para lograr el alivio de un sufrimiento físico y/o psicológico, y como “tratamiento tanatológico”, la ayuda médica y psicológica brindada tanto al

enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la Ortonasia.

El abanico de servicios que incluye la Ortonasia conduce a dudar inicialmente si las instituciones hospitalarias públicas estarán en posibilidad de cumplir con las buenas intenciones asentadas en la LVA. Actualmente, la situación de los institutos públicos de salud es precaria, en ocasiones y cada vez con más frecuencia, están imposibilitados para brindar las medidas mínimas de atención por falta de fármacos o material de curación, mucho menos les será posible cumplir con los estándares de atención exigidos por la LVA para los pacientes terminales.

Para mayor abundamiento, el artículo 42 señala que la Secretaría de Salud del DF en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal. Si no se puede brindar una atención cabal en las instituciones hospitalarias ¿será posible cumplir con atención médica domiciliaria?

Como dice el Maestro Adib "...las instituciones públicas de salud en muchas ocasiones no pueden atender a los enfermos (...) así que el enfermo simplemente se va a su casa y se muere sin tanta necesidad de trámites burocráticos."<sup>179</sup>

Por otra parte, la Ley señala la creación de una Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada adscrita a la Secretaría de Salud con las atribuciones de recibir, archivar y resguardar los formatos de voluntad anticipada;

---

<sup>179</sup> Adib Adib, Pedro José. Comentarios a la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. Nueva serie, año XLI, num, 123, sept-dic de 2008. p. 1533-1556. Recuperado en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/boletin/cont/123/el/el13.pdf>

hacerlos del conocimiento del Ministerio Público y supervisar su cumplimiento; en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos, coadyuvar con el control y registro de donantes y receptores; fungir como vínculo con los Centros Nacional y Estatal de Trasplantes; fomentar, promover y difundir la cultura de donación de órganos y proponer la celebración de convenios de colaboración con otras instituciones y asociaciones públicas o privadas afines.

Desde hace algunos, la tendencia ha sido aligerar la carga burocrática y presupuestaria de la maquinaria estatal, por el contrario, con la aprobación de la LVA se crea una nueva Coordinación que engrosará las ya de por sí nutridas atribuciones de la Secretaría de Salud del DF.

En esta propuesta de procedimiento, se sugiere que las funciones de esta coordinación (o del registro de voluntades) sean atribuidas a una asociación que defienda el derecho a morir, una organización de la sociedad civil que sea supervisada en última instancia por la autoridad sanitaria estatal.

En México no existe ninguna organización pro derecho a morir, sería deseable que se cree una organización no gubernamental que asuma este objetivo, en ese caso, una ONG no engrosaría la estructura burocrática existente, podría generar sus propios ingresos (lo que reduciría el impacto sobre el presupuesto público), fomentaría la propuesta de mejoras a la ley y al procedimiento, y promovería el involucramiento de la sociedad en el tema, lo que a su vez facilitaría el cambio de paradigma de un gobierno paternalista a una sociedad más participativa y responsable.

En estos aspectos concretos, la ONG tendría entre sus atribuciones, el registro de voluntades anticipadas, la representación de sus agremiados para

hacer cumplir las disposiciones de los testamentos vitales, la normalización de prácticas y decisiones del final de la vida, la integración de la información de los procedimientos de muerte anticipada, la promoción de la discusión para incluir en el marco legal otras opciones de terminación anticipada de la vida y sería un elemento para el sistema de cooperación y mecanismo de control en la materia.

Por último, es necesario destacar la vinculación de esta Ley con la donación de trasplante de órganos y tejidos.

La redacción de la LVA no es clara al estipular si la donación de órganos es opcional para el otorgante de un documento de voluntad anticipada, ni tampoco hace explícita la obligatoriedad de la misma, lo que evidencia que en la práctica sea probable que exista una presión considerable sobre todo otorgante para que acceda a la donación.

Es posible que esta situación haya sido un elemento de negociación de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para favorecer la aprobación y publicación de la LVA, sin embargo, es deseable que las decisiones al final de la vida estén libres de cualquier condicionamiento aun cuando se considere del bien común. Cualquier situación que comprometa la transparencia del otorgamiento de la voluntad anticipada puede poner en entredicho el sistema que por su propia naturaleza es controversial.

Cabe destacar que la Ley de Andalucía también señala que en las declaraciones de voluntad anticipada “se *puede* incluir... la donación de órganos” Sin embargo, cabe destacar que la redacción de la declaración en Andalucía es libre y no por formato que ya es una forma de incidir sobre la voluntad del otorgante y es muy clara al señalar que es una opción para el otorgante que en

un ánimo de simplificación tenga la oportunidad de señalar en su declaración si desea dejar instrucciones sobre el destino de sus órganos.

En el caso de la LVA, ya que existe una opción de otorgamiento más restringida, sería deseable que la donación de órganos y tejidos se promueva mediante otros mecanismos que no esté ligado con la voluntad anticipada o que se señale claramente su carácter facultativo.

A partir de la promulgación de la LVA para el DF, otros Estados han imitado este esquema legal, prácticamente calcando el texto de la LVA: Aguascalientes, Jalisco, Michoacán y Puebla han elevado iniciativas de legislación estatal en materia de voluntad anticipada de las cuales sólo Aguascalientes ha aprobado y promulgado la ley correspondiente. A saber:

- Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, el 6 de abril de 2009. Presentada por la Diputada del Partido de la Revolución Democrática, Nora Ruvalcaba Gámez. Se aprobó por mayoría calificada con 19 votos a favor.
- Iniciativa de Ley de la Voluntad Anticipada para el Estado de Jalisco, con el fin de garantizar que las personas enfermas, en etapa terminal o con enfermedades incurables, pueden recurrir a la Eutanacia (*sic*), como una forma de terminar el sufrimiento, a través de la muerte. Ingresada el 15 de enero de 2008 por la Diputada del PRD, Gloria Judith Rojas Maldonado. Asignada a las Comisiones de Puntos Constitucionales, Estudios Legislativos y Reglamentos y de Higiene y Salud Pública.

- Iniciativa de Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Michoacán, ingresada el 14 de mayo de 2009 por el Diputado del PRD, Jaime Hinojosa Campa ante el pleno de la Cámara.
- Iniciativa de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Puebla; Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones al Código de Defensa Social del Estado Libre y Soberano de Puebla; y adición a la Ley Estatal de Salud. Ingresada el 10 de julio de 2009 por la Diputada del PRD, Irma Ramos Galindo. Asignada a las Comisiones Unidas de Gobernación, Justicia y Puntos Constitucionales y de Salud y Grupos con Capacidad Diferenciada.

A pesar de sus deficiencias y limitaciones, legislar la ortonasia es un buen comienzo para reconocer un derecho de autodeterminación más amplio que permita a los pacientes determinar efectivamente el momento en que desean terminar con su vida.

En específico para las LVA del DF y Aguascalientes, será necesario determinar la capacidad real de atención de las instituciones hospitalarias, así como la revisión de algunas disposiciones que contienen.

Será importante considerar la reducción de requisitos y trámites para otorgar una declaración de voluntad anticipada, así como la creación de un registro de voluntades anticipadas en línea que facilite la consulta por parte de los médicos tratantes.

De igual forma, deberá de buscarse soluciones alternativas y más eficaces de control y vigilancia de los procedimientos de ortonasia o eutanasia negativa, incluso contar con mecanismos de control adecuados y que podrán estar

reforzados por sistemas de cooperación y que serán determinante para una eventual legislación de la eutanasia positiva.

#### **4.6. Propuesta de Procedimiento y Vigilancia**

Tomando como base el procedimiento señalado en la LVA y las experiencias de las legislaciones de otros países, a continuación se señalarán las mejoras que podrían introducirse para hacer más efectivo el procedimiento, así como la propuesta del mecanismo de control del sistema.

Cabe señalar que esta propuesta considera el aprovechamiento de tecnologías de información y de sistemas de colaboración.

Al igual que lo señala la LVA, el procedimiento de terminación anticipada y voluntaria de la vida deberá iniciarse con una solicitud escrita hecha por persona mayor de edad y capaz que se inscriba ante el registro de voluntades anticipadas, que se cree *ex profeso* para estos menesteres.<sup>180</sup>

Sin embargo, al contrario de las formalidades que establece la LVA, esta solicitud sería un escrito libre que se redacte en línea y que deberá formalizarse mediante la debida identificación y firma del otorgante ante la oficina del Registro. Con esta formalización, el Registro le otorgará fecha de inscripción y folio para identificar las declaraciones formalizadas que son de observancia obligatoria por el personal sanitario de aquéllas que se han ingresado, pero no han sido ratificadas. La revocación o modificación se harían también directamente ante el registro.

---

<sup>180</sup> En España y Estados Unidos se ha optado por esta opción para facilitar la consulta y gestión de las voluntades anticipadas. Véase Junta de Andalucía. *Declaración de Voluntad Anticipada*, Servicio Andaluz de Salud, Andalucía, España, 2003. Recuperado en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp>

Con esta fórmula, se evitaría, por un lado, recurrir a terceros como fedatarios públicos o testigos en un acto que debe ser personalísimo, y por otro, garantizar la efectividad de estas declaraciones al hacerlas fácilmente accesibles para el personal sanitario.

En esta declaración de voluntad anticipada o testamento vital, el otorgante definirá los alcances de cualquier tratamiento médico al que sea sometido en el caso que le sea imposible manifestar sus deseos personalmente. También podría incluir la designación de un representante para asegurar el cumplimiento.

En cualquier caso, deberá ser obligación del médico tratante satisfacer el derecho de información del paciente y dar a conocer al otorgante o su representante el diagnóstico de la enfermedad, tratamiento y alternativas.

A falta de voluntad anticipada y en caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad, el cónyuge o los familiares consanguíneos podrán ordenar la suspensión del tratamiento. Sólo cuando el médico tenga serias dudas sobre la orden de suspensión, podrá solicitar la opinión del comité de ética de la institución hospitalaria, el cual deberá resolver en un plazo máximo de 48 horas si autoriza continuar con el procedimiento de terminación anticipada de la vida, si no existe manifestación del comité, se entenderá como afirmativa ficta.

En caso de controversia o de negativa del comité, se podrá solicitar la revisión judicial.

Aun cuando el médico tratante oponga objeción de conciencia a la suspensión del tratamiento, el hospital estará obligado a proveer de los medios humanos y materiales necesarios para hacer cumplir la voluntad del paciente.

Tratándose de incapaces y menores de edad, la solicitud podrá presentarla el representante o tutor y se solicitará la opinión del comité de ética, quien revisará la solicitud y el expediente del incapaz y, en un plazo máximo de 48 horas, dictaminará si la solicitud de terminación anticipada de la vida se justifica.

De toda solicitud de terminación anticipada y voluntaria de la vida, de capaces e incapaces, se formará un expediente que se turnará al comité de ética nacional. Tratándose de procedimientos en menores de edad, deberá turnarse copia del expediente a las instancias de protección del menor.

Cada año, el comité nacional de ética, conformado por representantes de los comités de ética de las distintas zonas hospitalarias, de la autoridad sanitaria, del Ministerio Público y de la sociedad civil, deberá revisar los procedimientos de muerte anticipada.

Sólo en caso de que se sospeche que se ha actuado contra derecho o cuando se haya contravenido las instrucciones de una voluntad anticipada, se hará del conocimiento de la autoridad judicial para que resuelva lo conducente.

De igual forma, el Comité Nacional deberá presentar un informe y estadísticas de los procedimientos de terminación anticipada de la vida que se hayan registrado durante el año, los cuales se pondrán a disposición del público a través del propio registro o el medio que determine el sistema de cooperación del derecho a morir.

En México no existe ninguna organización pro derecho a morir, sería deseable que se cree una organización no gubernamental que asuma este objetivo, en ese caso, esta misma asociación podría estar a cargo de la defensa de los derechos de sus miembros, sus funcionarios podrían fungir como

representantes de los otorgantes de voluntades anticipadas, pero, sobre todo, sería una pieza fundamental en el mecanismo de control.

Respecto a los sistemas de control y coordinación que deben reforzar el derecho a morir, se señala que uno de los principales problemas de un sistema organizacional es el de lograr la cooperación de sus integrantes o agentes (pacientes, médicos, autoridades sanitarias, sociedad civil, poder judicial, etc.). El enfoque tradicional lo ha resuelto de tres formas: mediante el diseño de organigramas o jerarquías en la toma de decisiones; de procesos que facilitan la sincronización de las actividades, o por incentivos (recompensas o castigos) para que los agentes cooperen en tiempo y forma.

Ahora bien, aunque estos enfoques resuelven los retos de asignación, temporalidad y jerarquización para coordinar las actividades de los agentes, no consideran el conflicto potencial de intereses que se genera: cada agente buscará cumplir con sus objetivos individuales y no necesariamente los objetivos del sistema (objetivos globales), lo que puede derivar en la confrontación entre diferentes agentes o instituciones dentro del sistema.

Para resolver el problema de coordinación, los modelos de organización tradicionales recurren a estrategias de negociación o control entre agentes con distintas jerarquías: el director de un hospital deberá conciliar las posturas encontradas entre los médicos con objeción de conciencia; la comisión de bioética o la Secretaría de Salud deberá conciliar las posturas encontradas de las asociaciones a favor y en contra de la terminación anticipada de la vida; el poder judicial deberá conciliar las posturas encontradas de los obligados a cumplir con la ley de voluntad anticipada; etc. Esto se vuelve complejo e

ineficiente, porque mientras más grande o complejo es un sistema, más difícil es lograr la coordinación y cooperación entre los agentes.

El sistema del derecho a morir está constituido por agentes o subsistemas interrelacionados con objetivos propios. Un agente puede presentar diferentes niveles de agregación, como un solo individuo (el paciente, el médico tratante), un grupo de individuos con las mismas funciones (asociación eutanásica, los jueces), un grupo de individuos con diferentes funciones o diversas áreas (la Secretaría de Salud, la sociedad), entre muchos otros ejemplos equivalentes.

Se puede intentar aislar a cada agente y optimizar sus funciones, sin embargo, este enfoque no permite optimizar sus interrelaciones porque no se está analizando todo el sistema en conjunto. El análisis de las interrelaciones del sistema para crear redes permitiría diseñar estrategias de cooperación.

Con un sistema de cooperación los agentes rompen las inercias tradicionales en donde se presenta el oportunismo de traicionar a sus pares para favorecer sus resultados individuales. Como puede ser no ofrecer información fidedigna al paciente para que no haga valer su VA, la desobediencia a las instrucciones asentadas en una VA, la destrucción por parte de asociaciones pro vida a las declaraciones de VA o el sabotaje de instalaciones que hagan cumplir estas instrucciones, etc.

La metodología de redes permite que se fomenten las relaciones de coordinación y cooperación entre los agentes del sistema; se disminuye el riesgo de la autodestrucción del sistema; se fortalece la consecución de los objetivos globales, y la implantación de un mecanismo de monitoreo y control que se

monta sobre el sistema de cooperación, de tal forma que son los propios miembros del sistema quienes se autocontrolan.

Un ejemplo de mecanismo de autocontrol podría ser un observatorio ciudadano que administre las estrategias de cooperación, de esta forma, todos los agentes del sistema cuentan con incentivos para alimentar el mecanismo: por una parte para hacer pública la información sobre sus actuaciones, por otra parte, para favorecer el intercambio de opiniones y de conciliación de posturas, de tal forma que en cualquier momento se puede tener una fotografía real y actualizada del sistema de voluntades anticipadas, de quienes colaboran, de quienes no lo hacen, así como de las medidas que deben tomarse para rectificar.

Cabe destacar que este tipo de sistemas de cooperación favorecen un clima de intercambio y transparencia en las actuaciones de los agentes y de los individuos y se reduce al mínimo la intervención de mecanismos de externos de control como el poder judicial.

El registro de voluntades anticipadas que se contempla en otras legislaciones puede ser el punto de partida de este sistema de cooperación. Por ejemplo, si ese mismo registro (fortalecido con tecnologías de información y métodos de seguridad adecuados) contara con la posibilidad no sólo de registrar los testamentos vitales, sino los expedientes de las voluntades anticipadas (o de los suicidios asistidos), la información de los médicos involucrados, de las asociaciones pro vida y pro derecho a morir, etc. habría un incentivo a cuidar la reputación y de no traicionar el sistema, ya que esta información estaría disponible al público y este tipo de estrategias podría servir para ordenar y regular el sistema de muerte anticipada en México e incluso permitiría

evolucionar hacia otros esquemas como la eutanasia positiva o el auxilio al suicidio.

#### **4.7. Conclusiones**

Toda propuesta legislativa de muerte anticipada debe considerar como elemento central el consentimiento del otorgante.

El consentimiento debe ser expreso, libre, autónomo y espontáneo. En el documento en el que se asiente deberá señalar claramente las condiciones en que deberá hacerse válido o las situaciones que el otorgante desea evitar.

Es necesario que el otorgante sea una persona capaz para expresar su voluntad de ejercer su derecho a morir. En el caso de incapaces, ya sea física o jurídicamente, este derecho puede ser ejercido por interpósita persona siempre que se compruebe que es en evidente beneficio del paciente.

Es un derecho conexo al derecho a morir, el derecho a la información: el paciente debe conocer su condición, pronóstico y alternativas de curación.

Sea cual sea la situación que el otorgante desea evitar debe ser una definición subjetiva por lo que es inútil intentar establecer un estándar objetivo, debe bastar con que el otorgante considere la posibilidad de sufrir un daño.

La Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal prevé demasiadas formalidades para otorgar el documento de Voluntad Anticipada. Si existiera un Registro de Voluntades Anticipadas en línea, por ejemplo, esto permitiría un otorgamiento expedito sin la participación de terceros y, además, el personal médico podría tener un acceso inmediato.

La Ley abusa de las buenas intenciones y no tiene en cuenta la situación real de las instituciones públicas de salud de México: si no cuentan con los recursos suficientes para brindar los servicios básicos, es poco probable que puedan brindar las atenciones que requiere la Ley.

El sistema del derecho a morir se vería beneficiado si se buscara una solución más expedita para otorgar una voluntad anticipada, sería deseable que se reduzca al mínimo el número de intermediarios entre el otorgante y el médico tratante. Es por ello que sería deseable que se adopte la solución de un registro de voluntades anticipadas en línea.

Además sería deseable que se asegure la eficacia y eficiencia del sistema mediante una metodología de cooperación y coordinación entre los distintos agentes (individuos u organismos involucrados).

Esto redundaría en ordenamiento de los objetivos de todos los agentes involucrados en el sistema, incluyendo aquellos que se contraponen entre ellos. También haría transparente el proceso de intercambio de opiniones y de las actividades de cada agente, lo que facilitaría el autocontrol del sistema en tanto que las acciones de todos los agentes son públicas y están disponibles en todo momento.

De esta forma sería posible, incluso evolucionar hacia la legislación de la eutanasia positiva y evitar la pendiente resbaladiza.

## 5. Conclusiones Generales

Como resultado de un dogma originado en la religión judeo-cristiana, se considera que la vida es un valor supremo que no admite disposición de ningún tipo. Este supuesto fue adoptado por el marco jurídico de casi todos los países del mundo lo que originó que el suicidio fuese considerado un delito y se llegara al absurdo de juzgar, condenar y castigar el cuerpo de los suicidas.

Más adelante, se dejó de condenar el suicidio como una conducta punible, sin embargo, el auxilio al suicidio o los homicidios piadosos continúan siendo actos contrarios a derecho en casi todas las legislaciones.

Los avances en la medicina y la creación de sociedades pluralistas (que no comparten los mismos valores) ha generado un movimiento social a favor de permitir, en los casos que el paciente considere que sufre una condición insostenible, la solicitud de muerte anticipada.

En esta situación, se hace necesario revisar si las bases conceptuales de la prohibición del suicidio y del auxilio al suicidio todavía son válidas.

En virtud de la contradicción de valores jurídicamente protegidos (el valor de la vida y la autonomía), los gobiernos han optado por mantenerse al margen o a no comprometerse con ninguna postura y ha sido la propia sociedad civil quien se ha cohesionado para presionar a sus estadistas para que se aboquen realmente a legislar el fenómeno.

Aunque ya existen legislaciones que permiten explícitamente la eutanasia, existen otras que han optado por una legalidad *de facto*, y en la mayor parte de las naciones, se ha optado por aceptar un trato benévolo a quienes auxilian al suicidio de pacientes terminales.

Como se ha mencionado, parece que la controversia se centra en la oposición de los valores “santidad de la vida” versus “autonomía del individuo”.

Puesto que existen individuos que consideran que es insostenible el valor absoluto de la vida, este debería considerarse absoluto *prima facie* o bien, como lo sugiere Ana María Marcos del Cano, el derecho a morir debe ser considerado un privilegio: una facultad que puede ejercer el titular, pero que no crea la obligación para terceros ni la de ser ejercido.

Se ha aceptado que el individuo tiene el derecho a rechazar tratamientos médicos, incluso de manera anticipada, luego entonces también debería poder decidir las condiciones límite que quiere soportar. El problema que se mantiene es que si bien el individuo puede optar por “abandonarse”, no le está permitido solicitar una opción más expedita como lo sería la eutanasia positiva.

Si el Estado ya reconoce las declaraciones de voluntad anticipada, no debería haber una brecha tan grande entre dejar morir a un paciente y la opción más humanitaria de acelerar su muerte cuando así lo han decidido.

Los detractores de la eutansia señalan como un impedimento para legalizarla la llamada pendiente resbaladiza, sin embargo, es evidente que la sociedad es capaz de establecer las salvaguardas y de diseñar los mecanismos de control y vigilancia necesarios para evitar un exceso en el auxilio de los moribundos.

Por principio de cuentas deberá existir un consentimiento de una persona capaz y consciente, lo que asegura el ejercicio de autonomía.

Después se deberá acotar el auxilio al suicidio para los médicos que no sena objetores de conciencia, ya que con ello se reduce la posibilidad de enmascarar asesinatos y móviles egoístas.

Puesto que la voluntad es el sustento de la solicitud de muerte anticipada, tratándose de personas inconscientes o incapaces, la situación se complica: no existe un ejercicio de autonomía, por lo tanto sería válido aceptar la representación de un tercero al solicitar la muerte anticipada.

Al respecto se ha señalado que una solicitud de muerte anticipada por interpósita persona es válida siempre que se haga en beneficio del paciente (para evitarle una agonía lamentable o porque no existe posibilidad de mejoría) y que exista evidencia de una voluntad presunta en este sentido.

Tal como en el caso Schiavo, el representante legal de Terri solicitó la desconexión del soporte vital en virtud de la condición irreversible que sufría la paciente.

Es por ello que el juez Greer al subrogarse la voluntad de Terri, en una primera instancia, y posteriormente, a partir de la reconstrucción de la misma y determina, en ambos casos que Terri habría rechazado el soporte vital.

En este caso, la participación judicial es un mecanismo de control de los representantes y tutores de incapaces e inconscientes, y que valida que la muerte anticipada será un beneficio para el enfermo.

Se ha señalado que el caso Schiavo reforzó la importancia del testamento vital o de la voluntad anticipada como medio probatorio del consentimiento de un paciente para rechazar tratamientos médicos.

El testamento vital es la base de las leyes de Voluntad Anticipada que algunos Estados de la República Mexicana han expedido o están por expedir y que son copia de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal.

Este es el primer esfuerzo en el país por legislar la eutanasia en su forma negativa, o como lo llama la propia ley “ortonasia”.

Sin embargo existen algunas consideraciones que deben de tomarse en cuenta: aunque regula el otorgamiento de voluntades anticipadas para decidir las condiciones en las que el paciente rechazará un tratamiento médico, también prevé demasiadas formalidades para otorgar el testamento vital. Por ejemplo, debe ser otorgado en un formato especial y registrado ante Notario o ante dos testigos en caso de urgencia y debe darse conocimiento a la Coordinación Especializada de Muerte Anticipada y al Ministerio Público.

Se ha señalado que la existencia de un Registro de Voluntades Anticipadas en línea, permitiría el otorgamiento expedito, reduciría el número de intermediarios, aseguraría el acceso inmediato de autoridades y personal sanitario a los registros, y sería un medio ideal para establecer un mecanismo de control mediante estrategias de cooperación y coordinación entre los agentes del sistema.

Se debe señalar como desaciertos o excesos de la Ley, el considerar que las instituciones públicas de salud en México podrán cumplir con los servicios tanatológicos y de cuidados paliativos prometidos por esta Ley.

También es excesiva la relación entre el otorgamiento de una voluntad anticipada y la donación de órganos, ya que no son temas que deban estar ligados y que podría condicionarse la ortonasia con la donación.

Por último, los mecanismos de vigilancia y control de la Ley deberían estar reforzados por sistemas de cooperación y coordinación entre los agentes del sistema.

Se ha señalado como agentes del sistema del derecho a morir a todos aquellos que tienen interés e interactúan. Por ejemplo: los pacientes, los médicos, las instituciones hospitalarias, los legisladores, las autoridades sanitaria, judicial y administrativa, las asociaciones e individuos a favor y en contra del derecho a morir, etc.

También se ha mencionado que todos estos agentes tienen intereses particulares que pueden estar alineados o no a los objetivos del sistema, y que, por regla general los agentes tienden a traicionar el sistema porque prefieren privilegiar el cumplimiento de sus propios objetivos a los intereses globales.

En este sentido, las reglas de cooperación y coordinación facilitan el orden y el cumplimiento tanto de esos objetivos particulares como de los globales y las estrategias comunes para cumplirlos.

Sin embargo, uno de los presupuestos de este sistema es que todos los agentes conozcan de manera clara las reglas del juego, así como la reputación y actividades de los otros. Se señaló como un ejemplo de este mecanismo, los observatorios ciudadanos, pero en realidad se trata de una red donde todos los agentes controlan y monitorean a sus pares por lo que es el mismo sistema el que puede reconocer en tiempo real las desviaciones y sus rectificaciones.

En este sentido, todos los agentes del sistema colaborarían aun cuando sus objetivos particulares se contrapongan porque el sistema haría transparente la toma de decisiones.

Se dijo que el involucramiento del Estado en el caso Cruzan fue un exceso porque una vez que se ha determinado que el derecho a morir del individuo prevalece sobre los derechos del Estado, éste debe quedar al margen y su acción se debe limitar su acción a garantizar el ejercicio de ese privilegio.

Sin embargo, en un sistema de cooperación cada agente actuaría en su radio de acción y al mismo tiempo estaría interactuando e incidiendo sobre las decisiones de los demás agentes.

Por ejemplo, el sistema del derecho a morir podría tener como objetivos generales: que las VA sean eficaces, que el procedimiento de ortonasias sea eficiente, que no haya desviaciones, etc.

Pero al mismo tiempo, las asociaciones a favor del derecho a morir podrían tener como objetivo particular que se aceptara la eutanasia positiva como opción legal, mientras que las asociaciones pro vida querrían evitar la pendiente resbaladiza, los médicos que no van a ser perseguidos por la justicia, los pacientes querrán que sus VA sean válidas ya sea que pidan el rechazo del tratamiento o la eutanasia, etc.

Todos estos objetivos podrán ser cumplidos alineando estos objetivos particulares con los globales y diseñando los mecanismos para incentivar la colaboración y desincentivar la traición.

De esta forma sería posible, incluso, que el sistema sea tan eficiente que se pueda evolucionar hacia la legislación de la eutanasia positiva, en el entendido que se podrá evitar la pendiente resbaladiza con un mecanismo de autocontrol basado en estrategias de colaboración.

## Bibliografía

### Referencias Bibliográficas:

1. Alvarez del Río, Asunción. *Práctica y Ética de la Eutanasia*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 2005. p. 25
2. Álvarez, Asunción y Arnoldo Kraus. *La Eutanasia*. ed. CONACULTA, México, D.F., 1989
3. Fernando Cano Valle, Enrique Díaz-Aranda y Eugenia Maldonado de Lizalde (coordinadores). *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2001
4. Charlesworth. Max. *La bioética en una sociedad liberal*. ed. Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña, 1993
5. Dworkin, Gerald, Sissela Bok y R.G. Frey. *La Eutanasia y el Auxilio Médico al Suicidio*. Ed. Akal, Barcelona, España, 2003
6. Dworkin, Ronald. *El dominio de la vida: Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. ed. Ariel. Barcelona, España, 1989. p. 9
7. Humphry, Derek y Ann Wickett. *El Derecho a Morir. Comprender la Eutanasia*. Ed. Tusquets. Barcelona, España, 1989.
8. Jakobs, Gunther. *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*. Tirant Lo Blanch, Valencia, España, 1999
9. Jiménez de Asúa, Luis. *Libertad de Amar y Derecho a Morir. Ensayos de una Criminalística sobre Eugenesia y Eutanasia*. Ediciones de Palma, Buenos Aires, Argentina, 1984.
10. Juanatey Dorado, Carmen. *Derecho, suicidio y euthanasia*. Ed. Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994
11. Marcos Del Cano, Ana María. *La Eutanasia, Estudio Filosófico-Jurídico*. Ediciones Jurídicas y Sociales, Madrid, España, 1999
12. Pérez Valera, Víctor M. *Eutanasia ¿piedad? ¿delito?*. Limusa, México, 2003
13. Recuero, José Ramón. *La eutanasia en la encrucijada, El sentido de la vida y de la muerte*. ed. Biblioteca nueva. Madrid, España, 2004 p. 50
14. Roxin, Claus, Ferrando Mantovani, Jesús Barquín Sanz y Miguel Olmedo Cardenete. *Eutanasia y Suicidio: Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. ed. Colmenares, Granada, España, 2001. p. 25
15. Sambrizzi, Eduardo A. *Derecho y Eutanasia*. Ed. La Ley. Buenos Aires, Argentina, 2005.
16. Sotelo Salgado, Cipriano. *La legalización de la Eutanasia*. Ed. Cárdenas Velasco, México, D. F., 2004
17. Vázquez, Rodolfo (comp), *Bioética y Derecho*. ed. ITAM, México, D.F.

### Leyes:

1. Estado de Florida. Oficina del Gobernador. *Orden Ejecutiva No. 03-201* del 21 de octubre de 2003. "Ley Terri"
2. Senate and House of Representatives of The United States of America in Congress assembled, *An act for the relief of the parents of Theresa Marie Schiavo*, 2 de marzo de 2005. "Palm Sunday Compromise"
3. *Rights of the Terminally Ill Act 1995*. Northern Territory of Australia. Territorio Norte, Australia, 1995.

4. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 7 de enero de 2008.
5. Ley 5/2003 de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía, España. Publicada el de 9 de octubre de 2003.
6. Proyecto de Ley de Declaración de Voluntad Anticipada. 10 de marzo de 2004.
7. Ley N° 18.473 Voluntad Anticipada. República Oriental de Uruguay, Publicada en el Diario Oficial el 21 de abril de 2009.

#### Documentos legales

1. *Cruzan by her Parents and Co-Guardians v. Director, Missouri Department of Health*. Suprema Corte de los Estados Unidos. Expediente 497 U.S. 261. 25 de junio de 1990.
2. Barbara Pariente, Jefe de Justicia. *Jeb Bush, Governor of Florida, et al., Appellants vs. Michael Schiavo, Guardian of Theresa Schiavo, Appellee, Orden SC04-925* del 23 de septiembre de 2004.
3. Chris W. Altenbernd, Juez (por la Corte). *Department Of Children & Family Services, Appellant / Petitioner(s), v. Michael Schiavo in Re: Theresa M. Schiavo, Appellee / Respondent(s),* "Número de Caso: 2D05-1300, L.T. No. : 90-2908GD-003, Corte de Apelaciones del Segundo Distrito de Florida, 16 de marzo de 2005.
4. George W. Greer, Juez de Circuito. *"In Re: The Guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated," File No. 90-2908GD-003*, Florida. 6° Circuito Judicial, 11 de febrero de 2000.
5. Jon R. Thogmartin, M.D. "Report of Autopsy " for Theresa Schiavo, Case #5050439, 13 de junio 2005

#### Publicaciones periódicas:

1. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Informe de la Coordinación de Servicios Parlamentarios de la IV Legislatura*. México, D.F., 4 de diciembre de 2007.
2. Cámara de Diputados, *Boletín N° 1921*, México, D.F., 5 de junio de 2005.
3. Catherine Volaric y Patricio Mellado, Dres. "Estado de Mínima Conciencia". *Cuadernos de Neurología*. Vol. XXVII, Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 2003.
4. Dariusch Atighetchi. Islamismo y eutanasia. *Medicina y Ética*. 2008/2 Universidad Anáhuac, México, D.F. 2008.
5. Julia Baldó Alcoz. "Por la quoa cosa es dapnado". Suicidio y muerte accidental en la Navarra bajomedieval." *Anuario de Estudios Medievales*. Vol 37, No 1. 2007 (27-69).
6. Pedro José Adib Adib. Comentarios a la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. Nueva serie, año XLI, num, 123, sept-dic de 2008. P. 1533-1556.
7. The Multi-Society Task Force on PVS. "Medical Aspects of the Persistent Vegetative State". *The New England Journal of Medicine*. Volume 330:1499-1508, 26 de mayo de 1994, número 21.

## Hemerográficas

1. “La Muerte que enfrentó a un país. Cronología del caso Schiavo” *Elmundo.es*, 31 de marzo de 2005.
2. The Kervorkian Verdict: Chronology of Dr. Jack Kervorkian’s Lief and Assited Suicide Campaign. *Frontline*. Public Broadcasting Service 1995-2009. EUA (sin fecha).
3. *BBC Mundo.com*. BBC, Reino Unido, 27 de mayo de 2004.
4. CNN. “Kevorkian to run for office”. *CNN Politics*. Cable News Network. Turner Broadcasting System, Inc., EUA, 2009.
5. José Luis Mazón Costa. “La Lucha Póstuma de Sampedro.” *El País.es*. España, 11 de enero de 2005.
6. Mariana Carbajal, Entrevista con Leonardo Belderrain. “Eutanasia. Un estilo inmoral”. *Página 12*. Buenos Aires, Argentina, 25 de marzo de 2005.
7. Natalia Martín Cantero. “El caso Schiavo desata la fiebre por el testamento vital en EEUU”. *Informativos Telecinco*. España, 31 de marzo de 2005.
8. Rodrigo Aguilar Martínez, Obispo de Matehuala. *Comunicado acerca de la propuesta de legalizar la eutanasia en México*. Catholic.net. Matehuala, México. 18 de mayo de 1995.
9. X. Hermida y X.M. Pereiro. “Ramona Maneiro admite ante el juez que ayudó a morir a Sampedro.” *El País*. Santiago de Compostela, España, 10 de febrero de 2005.

## Sitios electrónicos

1. Conferencia Episcopal, Comité para la Defensa de la Vida. España, 1993. [www.conferenciaepiscopal.es](http://www.conferenciaepiscopal.es)
2. Diócesis de Orlando. Florida, EUA, 2005. <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/>
3. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Montevideo, Uruguay, 2009. [www.impo.com.uy](http://www.impo.com.uy)
4. DMD. *La Fundación de AFDMD*. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. Madrid, España, (sin fecha). [www.eutanasia.ws](http://www.eutanasia.ws)
5. EXIT. Escocia, UK, 2003. [www.euthanasia.cc](http://www.euthanasia.cc)
6. Fluvium, España, s.f. [www.muertedigna.org](http://www.muertedigna.org)
7. Internacional Task Force. Ohio, EUA, 1996-2000. [www.internationaltaskforce.org](http://www.internationaltaskforce.org)
8. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, España, 2003. [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)
9. Official Oregon State Web Site, Oregon, 2006. [www.oregon.gov](http://www.oregon.gov)
10. Poder Judicial de la República del Perú, Lima, Perú, 2007. [www.pj.gob.pe](http://www.pj.gob.pe)
11. The World Federation of Right to Die Societies. Toronto, Canadá, 2009. <http://worldrtd.net>
12. The World Medical Asociation, Madrid, España, 1987. [www.wma.net](http://www.wma.net)

Textos en red.

1. Clara Elena Reitjman. *Frente a frente con la muerte*. Texto en red s.f. [www.muerte.bioetica.org](http://www.muerte.bioetica.org)
2. Leo A. Pessini. *Eutanasia na Visão das Grandes Religiões Mundiais: (Budismo, Islamismo, Judaísmo e Cristianismo)*. Brasil, 1999. [www.semreligiao.com.br](http://www.semreligiao.com.br)
3. Lorena del Castillo. *Eutanasia*. Ed. Salud.com, 1997-2008. [www.salud.com](http://www.salud.com)
4. Luis de Moya. *La pendiente resbaladiza de la Eutanasia*. Muertedigna.org. Navarra, España. [www.muertedigna.org](http://www.muertedigna.org)