



**UNIVERSIDAD DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

**“ESTUDIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LA EUTANASIA EN
OTROS PAÍSES, Y LA REGULARIZACIÓN EN MÉXICO DEL
DERECHO QUE POSEE EL INDIVIDUO A UNA MUERTE
DIGNA”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN DERECHO

PRESENTA:

KARLA MAGDALENA SÁENZ VENTURA

ASESOR DE TESIS:

LIC. ADRIÁN PORFIRIO MÉNDEZ FERNÁNDEZ

COATZACOALCOS, VER.

ENERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A MIS PADRES

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi depositaron y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida.

Con Admiración y Respeto

Índice

Introducción	1
CAPITULO I	
1.1 Historia de la Eutanasia	5
1.2 Tipos de Eutanasia, causísticas y posturas	8
De acuerdo a la voluntad del enfermo	8
De acuerdo a la acción del médico	8
De acuerdo con la situación del enfermo	8
1.3 Etimología y Definiciones	9
1.4 Concepto en sentido estricto	10
1.5 Los sujetos que intervienen	11
1.6 Criterios de la clasificación de la eutanasia	11
Eutanasia activa	13
Eutanasia pasiva	13
La eutanasia directa	14
La eutanasia indirecta	15
La ortotanasia	15
La distanasia	15
Eugenesia o eutanasia eugenésica	15
Eugenesia económica	15
1.7 Prácticas antiguas y actuales de la eutanasia	16
Algunos casos notables de eutanasia	18
1.8 El cristiano y la eutanasia	19
1.9 El pensamiento de Filósofos y Teólogos	21
1.10 Fundamento de la eutanasia	26
1.11 Encuestas sociológicas	27
El sano escepticismo sobre las encuestas sociológicas	27
La manipulación de los medios de comunicación	28
1.12 Partidarios de la eutanasia y su contenido	30
1.13 Objetivo de la eutanasia	32
CAPITULO II	
2.1 La ley penal y la doctrina nacional e internacional	35
La eutanasia y el nacional-socialismo Alemán	35
Estados Unidos	36
Australia	40
Holanda	40
Alemania	41
Japón	42
India	42
China	43
Filipinas	43
Rumania	43
Israel	44
Pertenenencia a otros países	44

2.2 La eutanasia y la ley actual	44
Garantías institucionales internacionales	44
Garantías institucionales en el ámbito regional	45
Garantías internas	45
En España	45
Garantías en el sistema jurídico español	46
2.3 Criterios adoptados para determinar la muerte de un paciente	46
Vida y muertes humanas	46
2.4 Causa y justificación desde la realidad	48
2.5 Criterio de inimputabilidad	49
Enunciado del derecho	49
2.6 Homicidio atenuado por el consentimiento del sujeto pasivo	51
2.7 Homicidio atenuado por los móviles de piedad y por las circunstancias de salud del sujeto pasivo	51
2.8 Debate sobre la eutanasia	52
Perspectiva filosófica	52
2.9 Considerado el amparo del perdón en la esfera del libre arbitrio judicial	53
Responsabilidad penal	53
2.10 La legislación mexicana y sus principios de actualización	53
2.11 La legislación y la ética mundial y nacional	56
2.12 La despenalización de la eutanasia	57
Una clara intención despenalizadora	57
La situación en España	58
Desmedicalización de la eutanasia	60
2.13 La regulación sobre la eutanasia en Holanda	61
Es legal en Holanda	61
2.14 Jurisprudencia contradictoria en las cortes	63
2.15 Garantías internas sobre la eutanasia en España, la republica federal de Alemania y Portuguesa	66
Garantías internas	66
En España	67
En España	
CAPITULO III	
3.1 El derecho y el deber jurídico actual frente a la eutanasia	68
3.2 La vida como derecho natural, anterior al contrato al social	74
Los derechos naturales	74
3.3 Planteamiento del problema desde la realidad	75
Oriana Fallaci	75
3.4 El derecho del enfermo en la etapa terminal de su existencia	76
El derecho a la vida	76
El derecho a la salud	77
Derecho a la asistencia sanitaria	78
Derecho a la libertad	78

El derecho a la seguridad personal	79
El derecho a la integridad psico-física y de la consiguiente prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes	80
3.5 La eutanasia voluntaria y proyectos de legalización	81
3.6 Deontología médica y responsabilidad médico-penal	82
Responsabilidad penal	82
Eutanasia y deontología médica	83
3.7 Actual discusión sobre la eutanasia	85
3.8 La eutanasia voluntaria, proyectos en legislación	88
Se aprueba el suicidio asistido tribunal de apelaciones de E.E.U.U	88
Tribunal de apelaciones de Nueva York también legaliza el suicidio asistido	93
Aprueban el suicidio asistido en Oregon, E.E.U.U	93
Empeora la situación en Oregon con respecto al suicidio asistido	94
3.9 Razones de un cambio de perspectivas	96
3.10 Origen y evolución histórica	97
3.11 Garantías jurídicas no institucionales	97
3.12 Consideraciones finales	98
3.13 Reflexión y análisis del problema	98
3.14 Educación sobre el derecho	100
3.15 Acción y propuesta sobre la realidad	102
Conclusiones	103
Bibliografía	105

INTRODUCCIÓN

Si tomáramos en cuenta, el avance técnico en el presente siglo, en la aplicación de la ciencia y técnica médica, que permiten prolongar la vida, de un ente social, en etapa terminal de su enfermedad, hasta límites que hace 20 o 30 años hubiesen resultado imposibles. Las modernas disponibilidades, mediante el apoyo de los fármacos y aparatos apropiados, pueden sostener con vida, más allá de la edad, la enfermedad o la gravedad de la condición en la que nos hallemos, aunque este ser humano, solo se encontrara en estado vegetativo y sin ninguna esperanza de recuperación de sus signos vitales, y aun mas, su vida individual, física, familiar y social, pero los avances de la medicina traen aparejados algunos efectos no deseados, como la prolongación de la vida, más allá de lo que puede ser compatible con la existencia en condiciones de dignidad personal, y si comparamos el atraso por más de cien años en; la evolución, aplicación y actualización del derecho en la época presente, entonces estaríamos hablando de una desigualdad en derecho, tanto en la aplicación de la ciencia médica y los derechos fundamentales del hombre.

Luego entonces se me hace necesario mencionar, que, para que exista, la aplicación o conceptuar un derecho es necesario que este viole, como es el caso de los enfermos en etapa terminal, cabe señalar que por el simple hecho de encontrarse un individuo, frente a una enfermedad incurable es por ello que tiene que ser sometido a torturas interminables, cuando por ejemplo; imaginemos un caso bastante típico: el de un anciano que padece cáncer y esta moribundo. Se halla molesto, consumido por la enfermedad, ya sin conciencia y lejos de sus seres queridos, encontrándose en una unidad de cuidados intensivos, rodeado de maquinas, monitores y aparatos. Está conectado a sondas, a agujas para el suero clavadas en sus viejas y mortificadas venas, a tubos para alimentación que entran por su nariz, al tubo de un respirador, que sale por su boca seca y entreabierta. Y así permanecerá, con la sola compañía de los aparatos, durante varios días, tal vez semanas o quizá meses, sin posibilidad alguna de recuperación, y solamente esperando una muerte a la que no se le permite llegar.

No es difícil pensar que esta persona debe tener un derecho a pedir un tratamiento menos intensivo, aun cuando ello implicase un acordamiento de su vida, todo lo antes mencionado solo para mantener unas ciertas funciones vitales (respiración, latido cardiaco, tensión arterial, función renal), que de otra manera solo retardan la segura e inminente muerte.

Es preciso comprender porque esto ocurre, incluso con mucha frecuencia, ¿Por qué se extiende el tratamiento cuya única eficacia es la de prolongar la agonía?. Si nos encontramos ante la situación de una aplicación de medios artificiales de soporte vital cuando pasen a ser una pura agresividad (a veces no exenta de encarnizamiento), es decir, cuando tales medios sean inútiles para conseguir tan siquiera una mínima recuperación, y se conviertan en inhumanos y degradantes. En este sentido en tales circunstancias el derecho a la vida implicaría que el propio proceso de morir evolucione según su cauce. Y lo que llamamos el “derecho a morir con dignidad”, seria simplemente el “derecho a vivir dignamente el final de la vida”.

Es importante ante estos hechos que no soslayemos la existencia de ciertos casos que se dan en la vida real; como es el hecho de que aunque se nieguen la aplicación de la Eutanasia si llega a aplicarse desde los domicilios particulares en donde no cuentan con los suficientes recursos económicos para pagar un tratamiento médico, hasta en hospitales de renombre e incluso en hospitales del sector salud, en donde dichos casos no son muy aislados, y que algunos de ellos han logrado salir a la luz pública en donde se ha sabido que se aplica la Eutanasia pasiva y que son casos no conocidos ni reconocidos por los mismos sobre todo en nuestro país. Es por ello que se hace necesario tomar conciencia en todos los ámbitos de la vida en general principalmente a los estudios del derecho, médicos, religiosos, y a la sociedad en general, para que se pueda dar propuesta y soluciones a temas tan importantes como lo es la vida y la salud humana, ya que son derechos reconocidos y tutelados por el Derecho Penal, los Derechos Humanos, los Derechos Constitucionales, los Derechos Civiles, los Derechos del Hombre, solo por mencionar algunas ramas y que de igual manera no aclaran

totalmente el concepto a qué tipo de vida y salud se refiere, luego entonces se queda en una interrogante.

El juzgador principalmente, tiene que tomar en cuenta la valoración Jurídica; al hombre en su integridad física, psicológica, moral y su solvencia económica. Sin embargo el tema de la Eutanasia en todas sus denominaciones que se le conozca, figura que se ha dejado a la saga desde su creación por el Estado.

Al comentar la importancia del tema que nos preocupa, se ha llegado a afirmar que padres, madres, amantes, hijos, nietos, hermanos, médicos y enfermeras, han realizado de tiempo en tiempo actos denominados homicidios piadosos, para poner límite en la vida terrenal a una gama de atroces sufrimientos de los sujetos pasivos, que demuestran que estamos frente a un problema vivo, generalmente inspirado en la solidaridad humana, que pone precisamente en evidencia el dolor de un semejante que sufre. Quienes encaran al problema, el jurista o legislador no pueden cerrar los ojos, la ley debe de contemplar la situación jurídica que adopta el sujeto activo del delito en el homicidio piadoso. Este aspecto se encuentra funcionando con todos y contra todos los vicios de que puedan ser capaces los seres humanos. De ahí el deseo de tomar como tema de tesis, el presente trabajo y aportar algo útil que haga más efectiva y más funcional en la aplicación el derecho penal. Tomando en consideración los puntos de vista, sobre todo el del paciente agónico, al sujeto activo del supuesto delito, el problema económico, patrimonial, familiar y social ya que son los más apremiantes en tales casos.

Ante tales dificultades con este controvertido punto, aunque el derecho a una muerte digna está fuertemente ligado al reconocimiento Jurídico de la dignidad y autonomía de la vida humana, es el Artículo 3° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el que limita en alguna medida esta relación. He ahí la dificultad que entraña este derecho: Todo Individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Situación que me obliga a proponer que por el hecho de reunir el homicidio piadoso sus propias características, su propia génesis y circunstancias particulares, nos obligan a estudiarlo analíticamente con el propósito de situarlo en su justa dimensión penal evolutiva, ya que tanto las leyes como ciertos delitos deben de ir acordes con la realidad palpable en nuestro

tiempo, sin pasar de largo situaciones que los legisladores y las leyes pretendan que no existan en nuestra sociedad, la realidad es otra con respecto al delito anteriormente mencionado, siendo que la justicia es administrada por hombres y que conforma una de las partes vitales del Estado y esté el encargado de vigilar los actos para que queden bien protegidos los intereses sociales. Por todo lo anteriormente expuesto, me permito poner a la consideración del Jurado este estudio, para que sea tomado en cuenta por no exclusivo, sino por la urgente necesidad de proteger las relaciones humanas en sus diferentes aspectos, reiterando el principal, que sería el de los Derechos Fundamentales de los enfermos en etapa terminal.

CAPITULO I

1.1 HISTORIA DE LA EUTANASIA

En Esparta los niños con malformaciones eran arrojados al Monte Taggeto. Los Bretones, por su lado, aniquilaban rutinariamente a los enfermos incurables, de la misma forma en que los Hindúes ahogaban en el Ganges a los desahuciados.

En 1516, Sir Thomas More se refiere al procedimiento Eutanásico en su obra cumbre "Utopía".

Pero quizás el ejemplo más dramático del ejercicio Eutanásico sea la Francia renacentista, tal como relato el más grande cirujano del siglo XVI. Ambrosio Pare (1510-1590), cuando encontró cuatro soldados muertos y tres recostados contra la pared, con sus caras completamente desfiguradas, ciegos, sordos y mudos y con ropas humeando por la pólvora que los había quemado... y también cuando un soldado viejo le abordó y le preguntó si existía alguna forma de curarlos, a lo cual respondió que era imposible...Entonces se aproximó a los heridos y les cortó el cuello delicadamente y sin rabia. Viendo esa cruel acción se le dijo que era un hombre perverso, a lo cual respondió que si él hubiera sido el herido, cualquiera de sus compañeros le habría prestado la misma muerte rápida, en lugar de dejarlo morir lánguida y miserablemente.

En el siglo XVII se utilizó el término Eutanasia para referirse a Muerte fácil. De hecho, hospitales como la Salpetriere se idearon más con un criterio de concentrar en un solo sitio a los indeseables sociales, principalmente enfermos, inválidos, huérfanos y mendigos, que salían del miserable hacinamiento de las "casas de salud" solamente en tres formas: al ejercicio, al cementerio o a las galeras.

Francis Bacon, en 1605, utiliza "el término eutanasia para hacer referencia a aquellas medidas encaminadas a transformar el episodio de la muerte en algo menos desagradable, al apoyar física y espiritualmente al enfermo"¹.

¹QUIROZ CUARON, Alonso "medicina forense". Editorial Porrúa S.A. Séptima edición México 1993, P.521, Pp. 1123.

El uso de la anestesia, utilizada previamente por culturas antiguas, se debe al empuje de Hill Hickman en París en 1828 y Morton y Warren en 1846 en los Estados Unidos.

En 1831, se descubre el cloroformo y se utiliza en Edimburgo en 1847. Los alemanes descubren el Cloruro de Etilo en 1848.

En 1848, se sugiere la utilización de la anestesia para aliviar las molestias de la agonía.

El primer tratado sobre eutanasia fue escrito por el Dr. William Mont en el siglo XIX. Fue precisamente a finales de este siglo cuando se utiliza el término para referirse a la acción misma de poner fin a la vida de un enfermo.

En 1905, Charles Norton vuelve a proponer el ejercicio de la eutanasia.

En 1935, se funda en Londres la Sociedad para la Eutanasia, por el Dr. Killick Millard. Su contraparte, Norteamericana nace en 1938.

1936, Debate en el Parlamento británico para legalizar la eutanasia.

Sobre el derecho a morir dignamente y la obligación moral del médico a colaborar con el enfermo terminal, aparecen dos textos: Uno en 1955 llamado "Moral y Medicina" por Joseph Fletcher y "La santidad de la vida y la ley animal" de Glanville Williams en 1958.

El ejemplo más importante de eutanasia es Holanda. En consideración al envejecimiento progresivo de la población, debido a la prolongación de la vida en las personas mayores y a la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas e incurables, los holandeses han analizado muy cuidadosamente la aceptación de la muerte como una posibilidad real.

Asimismo, la confianza de la gente en sus médicos familiares y el planteamiento del problema entre la Asociación Médica Holandesa y el Tribunal Supremo Holandés, ayudó a perfeccionar el documento conocido como la Declaración Vital, "en donde se plantea la indefensión de la persona y el compromiso de su dignidad personal frente a una abrumadora tecnología que prolonga la vida en una forma absurda"². Esto se apoyó en encuestas públicas que demostraron que casi el 80% de la población holandesa se encontraba de acuerdo con la eutanasia en 1993.

Pero lo más contundente es el hecho de haberse notificado 1424 casos de eutanasia, de los cuales 1410 llegaron al denominado desistimiento por parte de la Fiscalía de la Haya, 14 casos que fueron a juicio fueron completamente absueltos luego de la investigación preliminar.

Los holandeses consideran que, siempre que la eutanasia se practique dentro del marco de la lex artis para tal efecto, no puede ser considerada delito. ¿Cuáles son esos parámetros de la lex artis?. Son: “Naturaleza voluntaria por parte del enfermo, Petición considerada detenidamente, Sufrimiento intolerable del paciente, Asesoramiento experto y Realización técnicamente responsable”³.

En nuestro continente el evento más reciente es el de la llamada “maquina de la muerte”. El Doctor Jack Kevorkian, luego de mucho tiempo de estudio y experimentación animal diseño una maquina que contenía infusiones de barbitúricos, relajantes musculares y cloruro de potasio que, al ser activada por el mismo paciente, producía la muerte sin ningún tipo de dolor o molestia, en el lapso de seis minutos. Una de sus primeras pacientes fue la señora Janeth Adkins, quien a los cincuenta y cuatro años de edad y luego de haber recibido la noticia de una enfermedad incurable, decidió poner fin a sus días con la maquina del doctor Kevorkian, eximiéndolo por escrito de toda responsabilidad.

El caso fue juzgado en la Corte del Estado de Michigan, la que exoneró de cualquier cargo criminal al inventor de la maquina, a lo que luego siguió la promulgación de la LEY DE AUTODETERMINACION DEL PACIENTE, la que incluye los derechos del paciente a morir dignamente.

² SANCHEZ M: “La calidad de vida en la toma de decisiones sobre enfermos terminales”, Quaderni di Bioética e Cultura 3: p. 87-101, 1995.

³ ZAMORA JIMÉNEZ Arturo “Manual de Derecho Penal”. Parte especial. Análisis de los delitos en México. Editorial Ángel, Primera edición. México, 2000, p.51.

1.2 TIPOS DE EUTANASIA, CAUSISTICAS Y POSTURAS.

I. DE ACUERDO CON LA VOLUNTAD DEL ENFERMO.

1. INVOLUNTARIA. No tiene en cuenta el deseo o voluntad del paciente en la decisión de morir.
2. VOLUNTARIA. El enfermo toma la decisión de no aceptar ninguna forma de tratamiento y así lo consigna por escrito.

II. DE ACUERDO A LA ACCIÓN DEL MEDICO.

1. ACTIVA INTERVENSIONISTA. El médico decide inyectar una ampolla de cloruro de potasio en la vena de un enfermo terminal de cuidados intensivos.
2. PASIVA ABSOLUTA. Se ha decidido no continuar con formas agresivas de tratamiento, pero ni siquiera se administran al paciente crítico los elementos básicos para conservar su vida: Líquidos, alimentos, etc., sabiendo que la muerte llegara por falta de soporte vital básico.
3. PASIVA NO INTERVENSIONISTA. El paciente recibe los elementos de soporte básico, pero en caso de eventos críticos (paro cardiaco, hemorragia masiva, etc.), se evitan maniobras de reanimación.

III. DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN DEL ENFERMO.

1. TERMINAL. Cuando se trata de paciente considerados en proceso de enfermedad avanzada, irreversible y progresivamente letal.
2. PALIATIVA. En casos de enfermedad incurable que produce gran incomodidad y dolor a quien la sufre y cuya curación no es posible.

1.3 ETIMOLOGÍA Y DEFINICIONES.

El término “eutanasia” abarca conceptos muy dispares y de encontrada significación ética. Como sugiere su etimología (del griego “Eu-Thanatos”)⁴, significa “Buena muerte, en el sentido de muerte apacible, sin dolores ni tormentos”⁵. Y con esta aceptación la introdujo en el vocabulario científico Francisco Bacón (1623).

Actualmente el significado real es el de muerte indolora, provocada directamente por procedimientos médicos, de personas que son consideradas como condenadas a una vida irreversiblemente dolorosa o inválida, con la intención de “liberar” a esas personas del sufrimiento o a la sociedad de una supuesta carga inútil.

LAS FORMAS MAS CORRIENTES:

1. Por su intencionalidad se suele dividir en indirecta y directa. La eutanasia indirecta o lenitiva es la causa indirectamente al suprimir el dolor, como efecto secundario inevitable, y propiamente no se le debería llamar eutanasia. En muchas ocasiones es ética. La eutanasia indirecta y homicida causa directamente, aunque sin dolor, la muerte.
2. Por los fines perseguidos la eutanasia directa se llama homicidio piadoso si la muerte se busca como medio para privar al enfermo de los dolores, o de una deformación física o de una ancianidad persona o, en una palabra, de algo que mueve a la “compasión”.
Se llama eutanasia eugenésica, económica o social si la muerte se busca como medio para liberar a la familia o a la sociedad de la carga de las llamadas vidas “sin valor” o para purificar la raza.
3. Por los medios empleados, se divide en eutanasia activa o positiva (acción deliberada encaminada a dar la muerte) y eutanasia pasiva o negativa; en esta se causa la muerte omitiendo “los medios ordinarios necesarios para sostener la vida (la hidratación, por ejemplo)”⁶.

⁴ ENCICLOPEDIA JURÍDICA OMEBA “Muerte”. Editorial Bibliográfica Argentina S.R.L Tomo XIX Argentina, p. 93.

⁵ DICCIONARIO JURIDICO ESPASA. Fundación Tomas Moro. Editorial Espasa Calpe. Madrid, 1994, p. 71.

⁶ QUIROZ CUARON Alfonso. Op. Cf., p.525.

En el polo opuesto esta la omisión de medios extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo con un proceso patológico irreversible. A este tipo se le llama adistanasia –algunos autores la llaman distanasia-, y no es propiamente eutanasia, por estar ausente la acción positiva de matar y la posibilidad de una vida natural. Puede ser ética lo mismo que la eutanasia lenitiva.

Algunos llaman ortotanasia a la muerte... a su tiempo, respetando la dignidad humana del paciente y evitando abusivas prolongaciones de su vida. La eutanasia es siempre practicada por otras personas, sería homicidio, con características determinadas. Si es uno mismo el que se provoca la muerte se habla de suicidio. La omisión de medios considerados desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo con un proceso patológico irreversible (adistanasia) y el empleo de fármacos-analgésicos, sedantes, etc.- para aliviar el

dolor físico causado por una enfermedad mortal y que secundariamente pueden llevar consigo un cierto acortamiento de la vida (eutanasia indirecta), son dos formas de eutanasia en las cuales el Derecho se pliega al dictamen procedente del saber médico. El límite del saber objetivo de cuidado o del riesgo permitido es un asunto médico.

1.4 CONCEPTO EN SENTIDO ESTRICTO.

Eutanasia: “Muerte sin sufrimiento físico, y en sentido estricto, la provocación de esta manera o voluntariamente, homicidio por piedad o piadoso, para procurar una muerte tranquila, sin sufrimientos físicos o con el pretexto de este propósito”⁷.

⁷Cfr. DE PIÑA VARA Rafael "Diccionario de Derecho". Editorial Porrúa S.A. Decimoseptima Edición, México 1991. p. 276.

1.5 LOS SUJETOS QUE INTERVIENEN

Sujeto activo del derecho es, por supuesto, la persona a la que se pretende quitar la vida.

Sujeto pasivo es la familia o los médicos que se encargan del paciente. Son ellos los que tienen la responsabilidad de defender a la vida que aquel tiene.

1.6 CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA.

La palabra eutanasia posee un defecto bastante incómodo: su carga emotiva. Las palabras que padecen este defecto no tienen un significado aséptico, neutro, sino que provocan en quien las escucha o lee, ciertos sentimientos o emociones, bien de aceptación bien de rechazo, como ejemplo si escuchamos la palabra policía, cura, derecho, bastardo, etc...

No podemos evitar que para algunas personas el término eutanasia evoque imágenes de campos de exterminio nazis o de manicomios a la antigua usanza donde los enfermos mentales eran eliminados sistemáticamente. Para otras personas, sin embargo, hablar de eutanasia es hablar de autonomía, libertad o de capacidad para tomar las propias decisiones, todos aquellos términos sin duda positivos.

Esta diferencia de valoraciones dificulta el significado descriptivo del término. Por eso creo necesario un esfuerzo para tratar de delimitar de la mejor manera posible los conceptos con el fin de evitar confusiones y disputas verbales desafortunadas y sin sentido.

Para empezar pues, quiero aclarar que cuando se habla de eutanasia se puede estar haciendo referencia a varios conceptos diferentes e independientes entre sí, de tal forma que defender la eutanasia como posibilidad de que cada ser humano elija el momento y el modo de poner fin a su vida no tiene nada que ver con abogar por el genocidio o por la vivisección con seres humanos.

El término eutanasia se usa desde la época más antigua. Desde entonces hasta hoy ha ido perfilando su significado y tomando distintas acepciones. Para distinguirlo del "simple homicidio o del asesinato"⁸, suele exigirse que el hecho de quitar la vida a otra persona tenga como finalidad la de poner término a sus sufrimientos y dolores o evitarle una vida indigna, procurándole una muerte pacífica y sin padecimientos. Esta matización no es en absoluto clara luego veremos. Es preciso hacer hincapié en una serie de distinciones importantes.

Una de ellas es aquella que toma en consideración la voluntad de la persona que muere como criterio de distinción de tres tipos de eutanasia:

La eutanasia voluntaria es aquella en la que una persona pone fin a su vida o bien directamente o bien rechazando el tratamiento. Pero también se consideran incluidos en la eutanasia voluntaria aquellos casos en los que la persona afectada convence a algún familiar, médico o amigo para que se la practique, o llegada la situación de inconsistencia, no permita el uso de sistemas auxiliares de apoyo.

La eutanasia no voluntaria, que también podemos llamar involuntaria, en el sentido de que el sujeto no tiene posibilidad de expresar su voluntad. La decisión

de la muerte no se toma, entonces, por parte de la persona afectada, sino por otra distinta, sin que se le haya solicitado previamente. Los casos de eutanasia no voluntaria suelen estar relacionados, en la mayoría de las ocasiones, con estados de inconsistencia total provocados por un coma que en un gran número de casos mantiene al individuo durante meses e incluso años (recuérdese el caso de Karen Quinlan) es un estado semi-vegetativo. Es el caso también de los recién nacidos con malformaciones...

La eutanasia involuntaria o contra voluntaria, donde la persona tiene voluntad para elegir entre la vida y la muerte pero o bien no se le pregunte, o bien, a pesar de que manifiesta su opción por la vida, no se tiene en cuenta la decisión.

⁸ Código Penal y de Procedimientos Penales para el Estado Libre y Soberano de Veracruz". Editorial Cajica S.A. Séptima edición, México, 1996.p.81.

De estos tres casos, el primero no plantea ningún conflicto con el derecho a la vida. Muy al contrario, en la eutanasia voluntaria se reconoce el derecho a la vida, precisamente en la posibilidad que tiene su titular de renunciar a él.

El supuesto de eutanasia involuntaria o contra voluntaria es injustificable desde cualquier punto de vista. El conflicto que plantea con el derecho a la vida es similar al que puede plantear el homicidio o el asesinato. El más interesante es, por tanto, el caso de la eutanasia avoluntaria o no voluntaria, porque es aquí donde se plantean los debates mas encarnizados y cruentos que enfrentan a los que defienden esta práctica con los que la condenan.

Otro criterio de clasificación es aquel que toma en consideración la forma de realización de la eutanasia.

Eutanasia activa

Consiste en la realización de una acción que acaban con la vida de una persona o con la propia. V. Gr: se inyecta en el paciente un producto que tiene efectos letales.

Este tipo de eutanasia goza tanto ética como jurídicamente de muchas reservas. La línea divisoria entre la ayuda solidaria y el asesinato es difusa en muchos de los casos que se plantean. Por otra parte, el suicidio y el derecho a morir dignamente siguen siendo difíciles de diferenciar en la eutanasia que nos administramos a nosotros mismos.

Eutanasia pasiva:

Consiste en permitir que alguien muera, no haciendo nada para salvar la vida de esa persona. V.Gr: no se le da al paciente alimentación intravenosa.

Aunque el Juramento Hipocrático y el ordenamiento jurídico obligan al médico a conservar la vida del paciente hasta el límite de sus posibilidades, en enfermos sometidos a una terrible agonía, teniendo la absoluta certeza de que el proceso es irreversible, se ha permitido, en ocasiones, al facultativo que detenga el tratamiento, e incluso en determinadas circunstancias, retire aquellos medios artificiales que retenían la vida del paciente, permitiéndole así morir en paz y con dignidad.

Existen, pues, diferencias jurídicas entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva. Sin embargo, desde un punto de vista ético, los argumentos que las diferencian no parecen ser, siempre, tan evidentes. Partidarios de la no-legalización de la eutanasia arguyen que no existan diferencias notables entre uno y otro tipo de eutanasia. Ambas desembocan en la muerte de la persona y atentan contra el derecho de todo ser humano a la vida.

Habría, por lo tanto, según Munson, 6 casos distintos de eutanasia;

La eutanasia administrada a uno mismo. Esta puede ser:

- 1.- Activa
- 2.- Pasiva

La eutanasia que se administra a otros. Puede ser:

- 3.- Activa y voluntaria
- 4.- Activa y no voluntaria
- 5.- Pasiva y voluntaria
- 6.- Pasiva y no voluntaria

A esos seis supuestos se pueden añadir, a nuestro juicio, los siguientes tipos de eutanasia:

La eutanasia directa:

Se habla de eutanasia directa cuando la acción (u omisión) que se ejecuta es causa directa de la muerte.

La eutanasia indirecta:

Se habla de eutanasia indirecta cuando la acción u omisión ejecutada no tiene como fin provocar la muerte aunque indirectamente lo hace “por ejemplo, dar morfina a un enfermo terminal de cáncer tiene como finalidad aliviar sus dolores, pero indirectamente acorta su vida al provocar una depresión respiratoria”⁹.

La ortotanasia:

Se suele hablar también de ortotanasia en oposición a distanasia. Ortotanasia (del griego “orto”: correcto) hacer referencia a una muerte en el momento justo, sin acortar el proceso de muerte pero también sin prolongar la agonía (cual sea ese momento adecuado puede dar pie también a un atractivo debate).

La distanasia:

(Del griego “dys”, que tiene el sentido de acto defectuoso), significa la prolongación exagerada del proceso de muerte de una persona. Es un concepto similar al de encarnizamiento terapéutico, que supone mantener con vida a una persona, de forma artificial y con la certeza de que es imposible evitar su muerte (se entiende inmediata).

Eugenesia o eutanasia eugenésica:

Se habla de eutanasia como la acción de matar personas con la finalidad, muy distintas a la de producir una muerte dulce a los enfermos incurables, de conseguir un mejoramiento de la raza. Fue la defendida oficialmente en la Alemania nazi, en la que también se buscaba el exterminio de “razas inferiores”. Bajo esta ideología fueron asesinados cinco millones de judíos”.

Eugenesia económica:

Mediante la cual se pretende evitar a la sociedad gastos y esfuerzos en personas que no aportan nada a esa sociedad (viejos, deficientes profundos,...).

⁹ Cfr. FERNANDO GUZMAN MORA, MD. p. 8. Cirujano Cardiovascular. Fundación Santa Fe de Bogotá, profesor Titular de Cirugía. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, Profesor de Cirugía y Jefe del programa Universidad San Martín. Bogotá, Diplomado en Derecho Médico. Universidad del Rosario. Bogotá, Presidente Nacional. Federación Médica Colombiana, Coordinador de sección. Revista Medspain.

Es preciso matizar que la mayoría de los partidarios de la aplicación de la eutanasia lo son en cuanto que esta debe ser voluntaria; es decir, que la persona en estado irreversible debe solicitar o al menos acceder, en estado consciente y

después de haber sido informado de su estado clínico, que le sea aplicada o en su defecto, que hubiera comunicado sus deseos a un familiar, medico o a un amigo.

1.7 PRACTICAS ANTIGUAS Y ACTUALES DE LA EUTANASIA

Practicas antiguas que se aplicaban por distintas causas en la antigüedad.

Entre los Celtas se daba muerte a los ancianos débiles y enfermos, era una obligación sagrada en el cual el hijo debía administrar la buena muerte al padre.

En las guerras, era costumbre el terminar con los heridos en combate.

En Sudamérica, entre los habitantes del campo, el no proporcionar la muerte a los heridos graves, le reputaba como un acto deshonoroso, mezcla de impiedad y cobardía.

Entre los Karens de Birmania, eran ahorcados los que padecían determinadas enfermedades.

En la India antigua, los incurables eran conducidos al borde de Ganges en el cual se les asfixiaba, llenándoles la nariz y la boca de barro y se les arrojaba en el rio sagrado.

En el circo Romano se decretaba la muerte de los heridos en combate, para evitarles una cruel agonía.

Por su importancia mencionamos los siguientes casos:

En el año de 1907, el Medico Americano M.W. Klimpstock, relata que asumió la responsabilidad de poner fin a los sufrimientos de una mujer que en un acceso, intento suicidarse encendiéndose fuego en su cuarto; la mujer fue socorrida y estaba quemada viva, le inyector treinta centígrados de morfina, liberándola de su horrible sufrimiento.

En el año de 1992, las Autoridades Soviéticas hacen fusilar en un hospital a diecisiete niños, aquejados, de una enfermedad incurable con motivo de haber comido carne de caballo infectada.

En el año de 1994, la Actriz Polaca Stanislaw Uminska, después de resistir los reiterados ruegos de su amante y para abreviar su sufrimiento, le da muerte con tiro de revolver.

En el año de 1926. El Gran Consejo de Cantón de Zúrich, recibe una propuesta dirigida por un hombre que padecía una enfermedad incurable, en que pedía que se votase una Ley, para que los Médicos pudiesen, por motivos humanitarios, activar la muerte del paciente.

En el año 1929, Richard Corbett, mato a su madre cancerosa de un balazo. Los Médicos le habían dicho que su madre estaba perdida, pero que aun le quedaban varios meses de vida y de dolores. Llego un momento en que la morfina era insuficiente para calmar sus sufrimientos; la madre pidió a su hijo que la matara, con lo cual demostraría su cariño, el hijo puso una inyección de morfina y la mato con un tiro.

El año de 1934, una niña fue mordida por un perro rabioso, la enfermera imploraba su muerte, los familiares invocaron la compasión de los médicos, una persona arrojó una colcha sobre la niña; Al mismo tiempo que el Medico aprovecho para aplicar una inyección, que termino con el dolor y la vida de la niña.

En el año de 1951, Edmundo Vatalegna, dio muerte en Roma a su esposa enferma de cáncer, sin esperanza y atormentada por horribles sufrimientos, obedeciendo a sus suplicas.

En el año de 1973, en Nueva Jersey, Lester Zygmank mato a su hermana de un tiro en la cabeza; cuando esta estaba hospitalizada y aun con posibilidades de habla, pidió la enferme a su hermano, la promesa de que la matara en caso de una fallida operación.

En el año de 1975, en el Tribunal Superior de Nueva Jersey, decidió autorizar el paro del pul- motor artificial que mantenía en "Vida" a Karem Quinlan.

En Vhester, Estados Unidos, Alberto David fue absuelto por haber asfixiado deliberadamente y por compasión a su hija de cuatro años, que sufría de una dolorosa y larga agonía.

G. Ebonfield, anciano Norteamericano, mato a su esposa por suplicas de ella, que desde hacia varios años, sufría horriblemente a consecuencia de un cáncer.

En Italia, se presento el caso de un maquinista que víctima de una catástrofe ferroviaria, yacía bajo la caldera de la maquina con los brazos y piernas destrozadas, quebrándose vivo y lanzado desgarradores gritos de dolor, entre los

espasmos de una lucida agonía, suplicando a los que los contemplan le suprimieran la vida. Uno de los testigos ejecuto el acto.

ALGUNOS CASOS NOTABLES DE EUTANASIA.

El caso de Karen Ann Quinlan probablemente sea el que mas tinta ha hecho correr en estos últimos años. Esta fue una niña adoptada por sus padres, católicos practicantes, que entro en coma en la velada de su emancipación. Permaneció en coma varios meses. Entonces sus padres, aconsejados por un sacerdote, pidieron que la desconectasen de los aparatos. En un principio la dirección del hospital se negó. Posteriormente el Tribunal Supremo del Estado dio la razón a los padres y permitió la desconexión del respirador, pues Karen Ann Quinlan tiene derecho a una muerte natural.

Pero cuando se le retiro los aparatos esta joven siguió viviendo y respirando automáticamente. Más tarde nos llegan noticias sobre la joven, nueve años mas tarde Karen sigue viviendo; su cuerpo ha adquirido una posición fetal y pesa solo 30 Kilos. Su cerebro sigue funcionando, aunque tiene lesiones irreversibles que, desde el punto de vista medico, son incompatibles con la vuelta a una vida personal.

El 15 de abril de 1982 fallecía en Bloomington, Indiana, un niño afectado por el síndrome de Down (mongolito). Sus padres habían obtenido una orden judicial prohibiendo a los médicos alimentar y cuidar al niño, que había nacido con una fistula traqueo-esofágica que le impedía ingerir alimento a no ser que se le realizara una intervención quirúrgica correcta. Este era el único obstáculo para que el niño mongólico pudiese sobrevivir. El niño murió pocas horas antes de que se solitase la intervención de la Corte Suprema de Washington. Mientras tanto, diez parejas se habían ofrecido a adoptar al niño, cuyos padres se negaban a que se le mantuviese en vida.

Un caso más antiguo es el del doctor Urs Peter Von Haemmerli. Que trabajaba en el servicio de gastroentología en una clínica de Zúrich y fue acusado de practicar la eutanasia con enfermos terminales. Les aplicaba una solución a la que llamaba eufemísticamente hydration. El doctor Peter Von Haemmerli afirmo haber

administrado el Hydration de 10 a 12 enfermos al año, justificando su comportamiento por la escasez de camas en su servicio.

1.8 EL CRISTIANO Y LA EUTANASIA

La fe del creyente de Jesús le habla de la vida como un don que ha recibido de las manos de Dios y en el que, puede encontrar la mano de un Dios, “amigo de la vida y amigo de los hombres”, que le guía y le protege. Todos los acontecimientos de su vida, los alegres y los tristes, los que puede comprender y los que tiene que asumir no son obra de un destino ciego, sino que detrás de ellos sabe, por fe, que esta la mano de un Padre que siempre nos ama y nos cuida, aunque, a veces, tengamos que tropezarnos con el misterio de un Dios incomprensible.

El evangelio nos presenta a un Jesús profundamente humano que sufre la angustia ante la cercanía de la muerte en el huerto de Getsemaní (texto que ha sido censurado en algunos papiros antiguos porque presentaba una angustia extrema de Jesús ante la proximidad de su muerte). Su grito en la cruz. “Dios mío, Dios mío, ¿Por qué me has abandonado”¹⁰, es el resumen de la angustia del hombre de todos los tiempos ante una muerte que supone un desgarró y un salto en el vacío? Su palabra final, “en tus manos encomiendo mi espíritu”¹¹, sintetiza su aceptación de la voluntad de Dios sobre Él.

La muerte de Jesús, con su dramatismo, es un símbolo de la muerte de todo hombre, que experimenta en el hecho de morir la ruptura consigo mismo y con los seres queridos, la entrada en un ámbito misterioso, que ningún ojo ha podido ver ni ningún oído escuchar. El modelo del último acto de desarrollar como un cumplimiento total de la voluntad de Dios. La vida de Jesús es un arco tendido entre el “aquí estoy para hacer tu voluntad” y el “todo esta cumplido”. Este es el ideal al que, como seguidor de Jesús, debe siempre tender el cristianismo en su vida y muerte.

Para el creyente en Jesús, el sufrimiento y la muerte no son un vacío carente de sentido, el grano de trigo tiene que morir para dar fruto, que hay que perder la vida

para así ganarla y recuperarla, que con sus sufrimientos llena lo que falta a la pasión de Cristo a favor de su cuerpo, que es la Iglesia. Todo ello constituye una llamada exigente, pero asumible por muchos cristianos, de entender su propia muerte, con todo lo que esta comporta de sufrimiento y esperanza y que finalmente se le entrega a Él, en sus manos de Padre. Respetar su propia vida siempre como un don, del que no podemos últimamente disponer y que entregamos confiadamente a su providencia, que no nos la quita, sino que nos la devuelve convirtiéndola en una existencia que ya nunca se acabara.

¹⁰ Cfr. ROA A "La eutanasia y las nuevas concepciones sobre la muerte", Revista de Filosofía; p. 52, 1996.

¹¹ Ibid. p. 51.

Es conveniente recordar una declaración de Pio XII que conserva aun toda su calidez. Un grupo de médicos le había planteado esta pregunta: "¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos... esta permitida al medico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviara la vida)?" El Papa respondió: "Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Si"¹². En este caso, en efecto, esta claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable; simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.

Los analgésicos que producen la perdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no solo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pio XII advierte que "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo."

1.9 EL PENSAMIENTO DE FILÓSOFOS Y TEÓLOGOS.

La eutanasia es un tema que ha merecido la atención de quienes han intentado comprender los problemas de la vida humana, ha inquietado a Teólogos, Filósofos, Médicos y Juristas entre otros.

Platón; acepta el homicidio de los ancianos, de los débiles y de los enfermos (Eugenesia y Eutanasia).

Federico Nietzsche; manifiesta en su moral para Médicos que cuando llega el ser humano a cierto estado, no es conveniente vivir mas tiempo.

¹²Cfr. ROA A..., Op. Cit. p. 57...."La eutanasia y las nuevas...

Tomas Moro; opina que los Magistrados y Sacerdotes persuadirían a los incurables para que se dejaran morir de hambre o eliminar durante el sueño.

Francisco Bacón; en su celebre obra Historia de la vida y de la muerte, sostiene la tesis de abolir el sufrimiento por Eutanasia, buscando la agonía dulce y buena.

Santo Tomas; en su Suma Teológica denuncia a la Eutanasia como contraria a la caridad para consigo mismo, como una ofensa contra la comunidad y como una usurpación de poder de Dios, único dueño de la vida y de la muerte.

El Papa Pacelli; considero legitima la Eutanasia Indirecta, si la administración de narcóticos produjese por si misma dos efectos distintos, por una parte el alivio de los dolores y por la otra la abreviación de la vida, entonces es licita.

En unos documentos resientes de la congregación para la doctrina de la Fe, en donde se expresa la postura de la Iglesia en el tema de la Eutanasia. En donde se reconoce que no existe, ni por parte del Medico, ni pos parte del paciente, la obligación de prolongar la vida de este. Se insiste en el riesgo de una terapia médica que pueda convertir en un tecnicismo que corre el peligro de hacerse abusivo. En esta línea se afirma claramente el derecho de morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana.

Según Carlos R. Gherardi Doctor en Medicina. Profesor de Medicina Interna de la Facultad de Medicina (U.B.A.). Jefe de Clínica de la División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas. Miembro fundador de la Asociación Argentina de Bioética. Presidente del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

El diagnostico de la muerte comenzó a ser un problema para la medicina a partir de la década del 60, cuando los avances en la tecnología permitieron suplir y

mantener las funciones vitales por tiempo casi indefinido. Simultáneamente, el desarrollo de los trasplantes necesitaba caracterizar las condiciones que debían ser requeridas en el donante para poder efectuar la correspondiente ablación de los órganos.

En 1968, y a partir del Informe del comité ad-dock de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, se normatizan las situaciones clínicas que, comprobada objetivamente el cese de ciertas funciones cerebrales, dan nacimiento al nuevo concepto de muerte encefálica como paradigma de la muerte humana en reemplazo de la tradicional cardiorrespiratoria.

Pasaron casi treinta años y no obstante ello el problema de la definición de la muerte sigue siendo tema de estudio, investigación y debate en numerosos foros interdisciplinarios. A este respecto, el Segundo Simposio Internacional sobre la Muerte Encefálica, realizando en la Habana (Cuba) entre el 27 de febrero y el 1ro. de marzo de 1996, ha sido un buen ejemplo del múltiple abordaje posible y necesario de este complejo y apasionante tema.

Este encuentro, que sigue al primero efectuado en la misma ciudad en 1992, fue presidido por el Prof. Dr. Calixto Machado, distinguido neurólogo y neurofisiólogo cubano, y reunió a más de doscientos cincuenta miembros titulares en once sesiones plenarias realizadas en el Palacio de las Convenciones de La Habana. Resulto impresionante observar el carácter multidisciplinario del evento a través de la presencia de médicos de diversas especialidades (neurólogos, transplantólogos, investigadores básicos, internistas, intensivistas), filósofos, psicólogos, abogados, antropólogos y sociólogos. Sin duda la bioética prestaba el marco de reflexión adecuado para el análisis transdisciplinario de la muerte.

Todas las controversias y debates que surgieron a partir del informe de la Comisión Presidencial para la definición de la muerte que se publicó en los EE.UU. en 1981, respecto del nuevo concepto del compromiso de todos los presentes y a los temas referidos del encéfalo, del tronco encefálico y de otras formulaciones neocorticales, temas que estuvieron presentes en este Simposio a partir de conferencias, presentaciones y relatos a cargo de personalidades de

reconocida solvencia en el conocimiento y la investigación al tema referido eutanasia.

La aceptación generalizada de la muerte cerebral, definida a través de la pérdida de la función integradora del organismo como un todo por parte del sistema nervioso central, en los EE.UU. y fundamentalmente en el mundo occidental, no ha impedido la generación de continuas dudas sobre la legitimidad plena de este diagnóstico. A esta controversia continua se refirió en una conferencia central Stuart J. Youngner, quien recordó que en estas circunstancias el cerebro mantiene intactas variadas funciones eléctricas y hormonales y el conocimiento de muchos casos en que el mantenimiento de la respiración mecánica en pacientes con diagnóstico firme de muerte cerebral han persistido con signos vitales (circulación, respiración, diuresis, concepción materna, regulación hormonal) durante meses y hasta años. "Si bien aceptamos el concepto de muerte cerebral como sinónimo de muerte por alguna razón no hemos podido abandonar el calificativo de cerebral para la muerte según esta concepción" dijo Youngner.

Hubo múltiples presentaciones sobre los métodos confirmatorios de la muerte encefálica que demostraron la variabilidad en las exigencias medico-legales en los diversos países y aun dentro de distintos estados y épocas dentro de un mismo país. La impresión es que el agregado de mayores test de evaluación sobre las funciones troncales o de la circulación intracerebral mejoran la compasión de los fenómenos pero no ayudan a establecer una nítida separación entre la vida y la muerte y por el contrario complican este paso diagnóstico. En general, un paciente en coma profundo sin causas reversibles y con reflejos troncales ausentes y en paro respiratorio durante un tiempo determinado provee las pautas diagnósticas mínimas fundamentales para la mayoría de los países.

Daniel Wikler, filósofo y actual Presidente de la Asociación Internacional de Bioética, expuso una reflexión sobre la muerte a partir de la diferenciación entre organismo y persona. Cuando el paciente ha perdido irremediamente su conciencia, y la capacidad de comunicación y afectividad que le marcan su identidad personal, se pierde y abandona el significado puramente biológico de la vida. "Cuando mi amigo Jones ha perdido estas características identificadoras de

si mismo, dijo Wikler, Jones realmente ha muerto para mi, aunque el cuerpo que lo contenía todavía deba ser definido biológicamente como vivo”. Este replanteo del problema presta sustento a la teoría de la muerte neocortical (high brain criterion) por oposición a la concepción aceptada como muerte cerebral (whole brain criterion).

Fue muy interesante comprobar también el desarrollo del concepto de persona siguiendo la descripción de los diversos estadios evolutivos del ciclo vital a partir del estudio de la ontogénesis del cerebro humano desde el embrión hasta el lactante. Esta visión, expuesta en una conferencia por Julius Korein, nació a partir del conocimiento del desarrollo anatómico y funcional sistema nervioso y estable la existencia de cuatro fases evolutivas secuencial; Organismo, individuo biológico, Ser humano y persona. La distinción entre ser humano y persona como conceptos bien diferenciados desde el punto de vista ontogenético ayudara a la comprensión de los fenómenos operados en el fin de la vida cuando se producen diversas afectaciones del sistema nervioso central.

La pérdida de las funciones corticales con conservación del tronco cerebral planteadas en el estado vegetativo persistente y en la anencefalia, fueron abordados en varios relatos desde un punto de vista; bioética, neurofisiológico y trasplante. Asimismo, se presentaron muchas ponencias sobre reflexiones filosóficas, teológicas, sociológicas, históricas y culturales del significado de la muerte humana. El derecho a morir, las formas del morir, la muerte digna y la eutanasia fueron títulos sobresalientes en este Simposio. Sjet Gevers expuso en una conferencia la situación actual de la eutanasia en Holanda, insistiendo en la rigurosidad del proceso de solicitud del paciente, la normativa de comunicación administrativa del procedimiento y su no-despenalización. Actualmente se efectuaron ocho mil por año, que corresponden al 2% de las muertes totales y la situación se encuentra en un equilibrio estable y seguro contenida por el particular contexto cultural de este país.

Alan J. Weisbard, abogado americano dedicado al estudio de estos temas, presidió una sesión plenaria sobre las implicancias y normativas legales de la muerte cerebral y estados relacionados. Hubo referencias a la situación en los

diferentes países y en especial a todo un nuevo debate sobre el soporte legal de la definición de la muerte en el estado americano de New Jersey en el que además desde hace dos años una norma legislativa declaró como no obligatoria la aceptación de la muerte cerebral cuando exista objeción de conciencia por parte de los familiares. Después de cuatro días de deliberaciones, ha quedado claro que la muerte encefálica es un tema que requiere no, solo permanente compensación, reflexión y estudio por parte de los profesionales que están involucrados en su análisis y definición, sino por parte de toda la sociedad. La muerte no es un evento sino un proceso continuo, gradual y complejo que excede a la biología y a la medicina, decía ya Morrison en 1970, y su definición es una convención que tiene que ser comprendida y asumida por todos. Este compromiso de avenencias, como lo denominó Weisbard en este simposio, debe permanentemente ser revisado a la luz de todos los principios que la bioética nos ofrece para una sociedad plural y libre.

“Al diagnosticar la muerte también luchamos por la vida”¹³ fue el subtítulo o “slogan” de este simposio, en obvia referencia a la donación de órganos, circunstancia cierta que no debe sin embargo impedir una indignación profunda del significado filosófico, psicológico, jurídico y social de la muerte.

Se acordó finalmente la creación de una Red internacional sobre la definición de la muerte, coordinada por D. Wikler, A. Weisbard y C. Machado, que opere como vínculo permanente de comunicación interdisciplinaria sobre este tema.

1.10 FUNDAMENTO DE LA EUTANASIA

El fundamento último del derecho a la vida frente a la eutanasia no es otro que la dignidad de la persona humana.

El derecho a morir dignamente está estrechamente vinculado al reconocimiento jurídico de la dignidad y la autonomía de la persona humana.

¹³ Op. Cit. FERNANDO GUZMAN MORA, MD. Pág. 12 Cirujano Cardiovascular. Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor Titular de Cirugía. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá. Profesor de Cirugía y Jefe del programa. Universidad San Martín. Bogotá, Diplomado en Derecho Médico. Universidad del Rosario. Bogotá. Presidente Nacional, Federación Médica Colombiana. Coordinador de sección. Revista Medspain.

Dignidad y libertad reconocidas, por otra parte, en el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y en las Constituciones de los

Estados Miembros de las Naciones Unidas. Dentro de este contexto, la aplicación de la eutanasia, al menos en sus formas voluntaria y pasiva, de las que luego hablaremos, respetaría la libre voluntad y la dignidad de aquellos enfermos que se encuentran en una situación terminal irreversible y que el uso de medios artificiales para alargar inútilmente sus vidas, no haría otra cosa que prolongar su terrible agonía.

Dentro de esos métodos artificiales estarían considerados no solo los aparatos de sofisticada tecnología, tan comúnmente usados en la ciencia médica, tales como respiradores, máquinas y cables que mantienen artificialmente la vida de un individuo, sino también aquellos tratamientos que, aun prolongando la vida del paciente, producen un sufrimiento innecesario en los enfermos terminales. Los partidarios de la eutanasia rechazan, pues, el uso de tales métodos porque los consideran degradantes para el ser humano, atentatorios contra la dignidad de la persona e inútiles en sus efectos prácticos. Aceptan, sin embargo, aquellas otras sustancias, tales como los barbitúricos, calmantes o drogas, que ayudarían al enfermo incurable a encontrar una muerte tranquila, dulce y sin padecimientos. Es aquí donde la palabra Eutanasia (buena muerte) adquiere su significado.

1.11 ENCUESTAS SOCIOLOGICAS.

EL SANO ENCEPTICISMO SOBRE LAS ENCUESTAS SOCIOLOGICAS.

En la introducción que los autores ponen a una extensa bibliografía anotada, recientemente publicada en la Revista de Bioética del Kennedy Institute de Washington, sobre el suicidio medicamente asistido y la eutanasia, dicen que “esperan que su esfuerzo de recoger, seleccionar y comentar lo mas importante que se ha publicado sobre ambos temas sirva para que los lectores traten de ver claro en las discusiones sobre un tema tan vivo”¹⁴.

¹⁴Cfr. PETER SINGER. En su Obra “Ética Practica” (Ed. Ariel, S.A. Barcelona, 1984, p. 163-164).

Eso es muy necesario; ver claro, porque la discusión es tan viva y tan cargada de convencimientos que se ha hecho sumamente difícil entenderse unos interlocutores a otros e incluso comprender los problemas y los valores que están en juego, y el significado de las palabras que usamos en este debate.

Si es cierto que la confusión mental amenaza al debate académico y culto de las revistas biomédicas, jurídicas, teológicas y filosóficas, podemos legítimamente suponer que la confusión que reina en los debates de sobremesa entre la gente ordinaria es mucho mayor.

Los datos de las encuestas sociológicas son de interpretación increíblemente difícil. Repiten, en España, y también en el Reino Unido, en Holanda, en Estados Unidos, “que el hombre de hoy esta muy a favor de la eutanasia”¹⁵: que, por ejemplo, un 68% de los españoles creen que deberla aplicarse la muerte dulce a los pacientes que la pidieran porque sufren una enfermedad terminal y dolorosa, o porque su vida tiene una calidad intelectual muy baja.

Pero yo no creo que se haya hecho en ninguna parte una encuesta que, antes de responder, obligue a pensar; que no exija la respuesta de sopetón. Muchas veces la respuesta viene predeterminada por el modo, el tono, las palabras, de la pregunta, del encuestador. No se permite a la gente reflexionar, ser crítica y seria, tomarse tiempo para contestar.

LA MANIPULACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

En los programas de televisión el objetivo de los participantes es decir cosas sorprendentes, brillar, demostrar que uno carece de inhibiciones, parecer muy “progre”. Cuando al terminar uno de esos programas, la impresión fue que el que lo había dirigido había contribuido a oscurecer el problema mas que a iluminarlo, se comento que el programa no tenia por objeto educar, sino debatir y provocar debate, demostrar que vivimos en un caos ideológico, que nadie la verdad, que la eutanasia es un tema abierto, para el que no hay respuestas validas.

¹⁵Cfr. DOCTORES VEGA GUTIERREZ J. Y MARTINEZ BAZA P. Eutanasia y deontología, “Código Internacional de Deontología Medica” Cap. XVII, Ginebra 1948, Sydney 1968, Adoptado por la OMS, p. 110.

Es muy difícil que en los medios de opinión se pueda favorecer y mantener una reflexión serena, reposada, sobre la eutanasia, porque los locutores de radio y los directores de programas de televisión tienen como guía de su trabajo bien el prejuicio sofista de que nada es digno de respeto absoluto, bien el convencimiento progresista de que nada del pasado es válido para el futuro.

Cuando se le pregunto a la gente que viaja en el autobús, en el avión, con el taxista, se llevo a las siguientes conclusiones:

Que muchos están a favor de la eutanasia, como algo teórico: ninguno, ni uno solo, se atrevería a ser él quien la aplica. No existen personas, y menos todavía médicos, dispuestos a practicar la eutanasia, aunque estuviera despenalizada, ya que hay una notable confusión terminológica inducida por los medios de comunicación. Y que se encuentra particularmente extendida la noción de que la eutanasia, es la abstención del encarnizamiento terapéutico.

Que no se tienen por vigentes unas definiciones claras, inequívocas, que ayudaran a la fiabilidad de las encuestas y a un debate social unívoco. A la gente habría que preguntarle cosas muy sencillas, de una en una, libres de carga emocional, para que el modo de estar formulada la pregunta no induzca una determinada respuesta.

Que no se reflexiona sobre los procedimientos que la sociedad civil debería seguir para pronunciarse sobre estas graves cuestiones que modularan el tono de las relaciones humanas fundamentales: de los hijos con los padres, de los médicos con los pacientes, de los fuertes y sanos con los célibes y enfermos.

La votación de una Ley de Eutanasia por el Congreso y de los Diputados equivale a conceder al legislativo un poder excepcional. La voz del Papa que repite que ningún poder en el mundo, ni siquiera los parlamentarios democráticamente elegidos, tiene potestad para oponerse a los preceptos de la Ley de Dios, la cual no es escuchada. Vivimos bajo la fascinación del formalismo representativo, del voto mayoritario. Son despreciadas las palabras del Papa “Ninguna circunstancia, ninguna finalidad, ninguna ley del mundo podrá jamás hacer lícito un acto que es intrínsecamente ilícito, por ser contrario a la Ley de Dios, escrita en el corazón del hombre, reconocible por la razón misma, y proclamada por la Iglesia”.¹⁶

No se cree que la eutanasia sea asunto extremadamente serio. Se olvida o no se quiere saber que el futuro de la Medicina y de la sociedad depende de buena medida de la legislación que en cada momento regule la capacidad de los médicos y de los no médicos para matar a determinados seres humanos.

1.12 PARTIDARIOS DE LA EUTANASIA Y SU CONTENIDO

1938 Es fundado la Euthanasia Society of América (ESA) la sociedad Eutanasia de América; su meta: legalizar el suicidio con la asistencia de un medico para los enfermos terminales, en ellas son relevadas las atrocidades de nazistas.

1967 Presentado los testamentos vivos con el intento de promocionar la eutanasia. Es fundado el Euthanasia Educational Fund (EEF) Un esfuerzo general para la educación pública sobre la eutanasia como una opción aceptable.

1970's Es fundado la Society for the Right to Die (la sociedad para el derecho para morir) Los grupos del derecho para morir son mas abiertos en respecto a la eutanasia.

1972 Es fundado el Euthanasia Educational Council.

1978 Es fundado Concern for the Dying.

1985-1986 Unos casos importantes de las cortes que promocionan la eutanasia incluyen los casos de: Claire Conroy, Elizabeth Bouvia, y Helen Corbett.

1986 Se muere de la starvation (hambre), por orden de la corte en septiembre Paul Brophy.

1988 Muestra el Roper Poll que 58% de los americanos están en favor de legalizar morir con la asistencia de un medico.

¹⁶MUNSON, R. Intervention and Reflection, Basic Issues in Medical Ethics"; 2and Edition, Waddsworth Publishing Company, Belmont, California, p. 148.

1990 Ayuda a su primer suicidio Jack Kevorkian: Janet Adkins, WELS Lutherans for Life, crea un documento de Declaración on Life (declaración sobre la vida), que suministra para un testigo Cristiano en los asuntos de terminar la vida El caso de Nancy Cruzan... decide la Corte Suprema que los pacientes tienen el derecho para rechazar el trato medico Se muere Nancy Cruzan 12 días después de sacar la sonda para alimentación. Muestra el Roper Poll que 63% de los americanos están a favor de legalizar a morir con la asistencia de un medico.

1991 Derek Humphry escribe su libro "FINAL EXIT" (LA SALIDA FINAL) que estaba en THE NEW YORK TIMES BEST SELLER LIST¹⁷ por 18 semanas Ayuda a dos o mas personas terminar la vida, Jack Kevorkian. Hay un artículo en The New England Journal of Medicine por Timothy Quill, M.D. en que admite ayudar terminar la vida a una paciente con una enfermedad terminal. Un gran jurado decide para no acusarlo.

1992 En el estado de California, los votantes rechazan Proposition 161... un propósito para legalizar morir con la asistencia de un medico. Ayuda a terminar las vidas, de 5 o mas personas, JACK Kevorkian.

1993 Muestra el Harris Poll que 73% de los americanos están de favor de legalizar morir con la asistencia de un medico Los Paises Bajos son de las primeras naciones industrializadas para autorizar oficialmente la eutanasia se muere Christine Busalacchi después de retener la comida en el segundo hospital que declaro su estado vegetativo después de que no lo hizo el primero. Ayuda a terminar las vidas de 12 personas, Jack Kevorkian.

1994 Se pasa el Dearh Dignity Act. El 8 de noviembre, para ser efectuado el 8 de diciembre. Se recusa el acto de Death Dignity en las cortes del estado de Oregon; se pone un orden refrenado en la ley de Oregon el 7 de diciembre.

1995 Desarrolla WELS Lutherans for Life unos documentos de Durable Power of Attorney for Health Care-Christian Version.

¹⁷Cit. por: JAMES RACHEL "Activa and Pasive Euthanasia en Moral Problems", Edited by James Racheis Harpet & Row Publishers, New York. 1979.p.42.

1996 Para en julio un acto de Northern Territory Rights of the Terminally para Australia Le ayuda al suicidio numero 45 Jack Kevorkian.

1997 Dos casos del suicidio con la asistencia de un medico están presentados a la Corte Suprema Hace anular la decisión en marzo del acto NT Rights for the Terminally III Se aprueba en mayo el Active Voluntary Euthanasia por la corte de Columbia Constitucional.

Partidarios por la eutanasia.

Derek Humphrey.

Jack Kevorkian.

Janet Good.

Dr. Timothy Quill.

Dr. Phillip Nitschke.

1.13. OBJETIVO DE LA EUTANASIA

El objeto o bien de la personalidad protegido por este derecho no es otro que la vida humana considerada en su total integridad psico-física y moral, es decir, la vida digna.

Proteger el derecho a la vida, así concebido, o significa, evidentemente, estirar de manera artificial las manifestaciones vitales de un individuo cuando aquellas están irreversiblemente, y sin esperanza alguna de recuperación, desapareciendo; sobre todo cuando la prolongación artificial de la vida exige una intervención muy agresiva sobre la persona.

Por el contrario, proteger el derecho a la vida como derecho humano fundamental significa proponer la retirada de los medios artificiales de soporte vital cuando pasen a ser una pura agresividad (a veces no exenta de encarnizamiento), es decir, cuando tales medios sean inútiles para conseguir tan siquiera una mínima recuperación, y se conviertan en inhumanos y degradantes. El derecho a la vida implica en tales circunstancias dejar que el propio proceso de morir evolucione según su curso. En este sentido, lo que estamos llamando “derecho a morir con dignidad”, sería simplemente el “derecho a vivir dignamente el final de la vida”.

Los avances de la medicina y de la tecnología médica en el presente siglo permiten prolongar la vida de los individuos hasta límites que hace 20 o 30 años hubiesen resultado imposibles. Las modernas disponibilidades de la ciencia médica, mediante el apoyo de los fármacos y aparatos apropiados, pueden sostenernos con vida, más allá de la edad, la enfermedad o la gravedad de la condición en la que nos hallamos. Pero los avances de la medicina traen aparejados algunos efectos no deseados, como la prolongación de la vida, más allá de lo que puede ser compatible con la existencia en condiciones de dignidad personal ¿Cuándo ocurre esto?.

Imaginemos un caso bastante típico: El de un anciano que padece cáncer y está ya moribundo. Se halla molesto, consumido por la enfermedad, ya sin conciencia y lejos de sus seres queridos. Está en una Unidad de Cuidados Intensivos, rodeado de máquinas, monitores y aparatos. Está conectado a sondas, a agujas para suero clavadas en sus venas viejas y mortificadas, a tubos para alimentación que entran por su nariz, al tubo de un respirador, que sale por su boca seca y entreabierta. Y

así permanecerá, con la sola compañía de los aparatos, durante varios días, tal vez semanas, sin posibilidad alguna de recuperación, y solamente esperando una muerte a la que no se le permite llegar. No es difícil pensar que esta persona debe tener un derecho a pedir un tratamiento menos intensivo, aun cuando ello implicase un acortamiento de su vida.

Este derecho resulta comprometido cada vez que contra todo diagnóstico y contra todo pronóstico se continua con toda una serie de intervenciones médicas, generalmente con apoyo de la alta tecnología, para mantener unas ciertas funciones vitales (respiración, latido cardíaco, tensión arterial, función renal) que retardan la de otra manera segura e inminente muerte. Es preciso comprender porque esto ocurre, incluso con alguna frecuencia. ¿Por qué se extiende el tratamiento cuya única eficacia es la de prolongar la agonía? Retirar un tratamiento ineficaz no siempre es fácil.

En primer lugar, suele continuarse por inercia: el tratamiento muy agresivo es instituido bien en momentos en que el diagnóstico y el pronóstico son pocos claros, bien cuando científicamente se piensa que puede haber una evolución favorable hacia la recuperación de la salud. Posteriormente, cuando el diagnóstico es más afinado y cuando el pronóstico es fatal, resulta ya muy difícil de retirar el tratamiento ya establecido.

Otra causa por la que se continúa el tratamiento suele ser el temor de los médicos y del sistema sanitario a verse envueltos en procesos judiciales por haber retirado el tratamiento. Tales procesos tendrían pocas posibilidades de prosperar, dado que se trataría de la retirada de un tratamiento ineficaz; pero el temor existe, y debe ser señalado como una causa.

En tercer lugar, los médicos suelen ser reacios a retirar el tratamiento porque una decisión de este tipo impone sobre el médico el peso de una responsabilidad que difícilmente puede (y debe) sobrellevar el solo, individualmente. El médico se encuentra solo ante una decisión que es trascendente y que no está exenta de dramatismo. Si no cuenta con la suficiente orientación y apoyo (de la familia del moribundo de sus colegas, del Comité de Ética), no puede pretenderse que la afronte por sí mismo.

Por fin, otra causa frecuente es la oposición a la retirada del tratamiento por parte de la propia familia del moribundo. Esto ocurre debido a la dificultad para aceptar la muerte de un ser querido.

CAPITULO II

2.1 LA LEY PENAL Y LA DOCTRINA NACIONAL E INTERNACIONAL

LA EUTANASIA Y EL NACIONAL-SOCIALISMO ALEMAN.

En el siglo XIX se reanuda a polémica sobre la eutanasia. Se constituye en Gran Bretaña una sociedad a favor de la eutanasia voluntaria, que solicite la legislación de la eutanasia. Ya en el siglo XX, con anterioridad a la Segunda Guerra Mundial, son rechazados los primeros proyectos de ley que pretendían una legalización de la eutanasia en Gran Bretaña y en algún estado de los Estados Unidos.

Un hombre importante en la historia de la eutanasia es Nietzsche, que consideraba debía aplicarse tal practica a los “parásitos de la sociedad, a los enfermos que vegetan perezosamente”. El influjo de Nietzsche será muy relevante en el nazismo, tanto en el tema de la eutanasia como en otros. También influirá la famosa obra de K. Binding y A. Hoche, en la que se define la aplicación de la eutanasia a los enfermos incurables. Son los que difundirán el concepto de “vida sin valor”.

La Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir, una red internacional para promover la eutanasia, en la Séptima Conferencia Bianua en San Francisco en 1988, y cuya Conferencia de 1990 tuvo lugar en Holanda. Alrededor de 29 organizaciones miembros de esta red están dedicadas a crear un clima de opinión favorable a la legalización de la eutanasia y a llevarla a cabo en cualquier forma que pueda hacerla aceptable en sus respectivos países. El momento y las formas de encarar el tema varían, pero una vez que la eutanasia sea legalizada en cualquier parte, su aplicación puede extenderse a medida que se presenten las oportunidades.

ESTADOS UNIDOS

Comenzando la descripción del avance del crimen de la eutanasia en el mundo, con los Estados Unidos. En 1988 la Sociedad para el Derecho a Morir (S.D.M.), originalmente llamada la Sociedad de la Eutanasia de los EE.UU., celebró el aniversario número 50 de su fundación. Entre sus primeros miembros estuvieron Margaret Sanger, quien había ya fundado la organización pro-abortista Paternidad Planificada, y el Pastor Episcopal Joseph Fletcher, quien ayudó a popularizar la “ética de situación” en los Estados Unidos, quien todavía es un vocero declarado tanto de la eutanasia como del aborto”.

La recientemente formada sociedad tenía por objeto la legalización de la muerte “por piedad” para aquellos que sufrían dolor intolerable y quisieran morir, y en enero de 1938 introdujo un proyecto de ley en la legislatura del Estado de Nueva York. Aunque desde entonces ha cambiado tanto su nombre como sus tácticas, sus objetivos siguen siendo los mismos. Probablemente ella inspiró un cierto número de proyectos de ley para la “muerte por piedad” que aparecieron en las legislaturas de cuatro pequeños estados entre 1969 y 1977. Ellas se asemejaban las unas a las otras y a un proyecto de ley británico de 1967. Todos fueron desechados, aunque un proyecto de ley en Montana fracasó por un solo voto.

Durante muchos años la Sociedad fue pequeña y relativamente inactiva, pero al sugerir el “Testamento en Vida” (“Living Will”) en 1967, abrió con mucho éxito una nueva fase en su carrera. El año 1967 también vio la fundación de una sociedad afiliada, libre de impuestos, hoy llamada “Preocupación por los Moribundos” (“Concern for the Dying”- CFD), que se describe a sí misma como el “consejo educativo para el Testamento en Vida”. Con un enfoque muy sofisticado, trabaja para influenciar la opinión en las profesiones, en las comunicaciones y en el público en general.

El “Testamento en Vida” es un documento legal, en el cual un adulto competente ordena que cualquier tratamiento que prolongue la vida no le sea aplicado a él en ciertas circunstancias. En 1976 California aprobó la primera ley del “Testamento

en Vida” en el país, la cual la S.D.M. inmediatamente catalogo como “sobrecargada con restricciones y limitaciones”. Por ejemplo, solo se hace operativa después que se ha diagnosticado al declarante como enfermo de muerte por dos médicos competentes; si la paciente esta embarazada no tiene efecto mientras el embarazo subsista; y expira después de cinco años, aunque puede ser renovada por otros cinco años, tantas veces como el paciente lo desee. Después de solo catorce años, esta ley parece solamente una pieza de museo al lado de los estatutos posteriores, que muestran una inclinación mas pronunciada a favor de la muerte y que aumentan los llamados “derechos del paciente” a costa de las salvaguardias del paciente”.

Algo similar ocurrió después que California aprobó la primera ley del Poder Nacional de Duración Indefinida (P.N.D.I.) para el cuidado de la Salud (1983), poder por le cual la declaración nombra un apoderado para que lleve a cabo sus deseos expresos y para que tome cualquier otra decisión necesaria, en caso de que él quede incapacitado. De nuevo, hay algunas restricciones: por ejemplo, el apoderado no puede ordenar un aborto, una esterilización, un tratamiento de shock o una psico-cirugía. Desde entonces, la mayor parte de los otros Estados simplemente han extendido sus (P.N.D.I.) para las propiedades, y para tomar decisiones acerca del cuidado de la salud poniendo de esta manera implícitamente la vida y la propiedad en el mismo nivel, como el “Testamento en Vida” que también lo hace, aunque la vida estas fundamental que la propiedad. Muchas de las provisiones y restricciones en los (P.N.D.I.) para la propiedad no son aplicables al cuidado de la salud, los (P.N.D.I.) para esta ultima se transforman en la practica en un poder sin restricción alguna. El público no se da pronta cuenta de que lo que la mayor parte de la gente cree ser el fin, puede solo ser el principio para el movimiento de la eutanasia.

El hito que marco el caso Herbert (1981) proporciono mayor campo para las actividades de S.D.M. Dos doctores que habían ordenado la remoción de tubos alimenticios (tubos de suero) de un hombre de mediana edad, que había estado inconsciente por solo cinco días luego de una cirugía rutinaria del abdomen, fueron acusados de asesinato cuando el hombre murió seis días después que los

tubos fueron removidos. Sin embargo, el juez fallo que no existía base para someterlos a juicio, S.D.M. trabajo en defensa de los doctores, aunque hasta entonces sus esfuerzos habían sido mayormente en el campo legislativo. Ahora, sin embargo, expandió e intensificó sus esfuerzos legales para obtener reconocimiento para el, así llamado, “derecho” de los pacientes incapacitados (usualmente, aunque no siempre, inconscientes) de que se les retiraran sus alimentos y líquidos a petición de sus parientes. En la mayor parte de los casos en que la S.D.M. ha intervenido, el supuesto “derecho a morir del paciente”, ha sido invocado.

La cuestión ha alcanzado una crisis en el caso de Nancy Beth Cruzan, ante la Corte Suprema de los Estados Unidos. Hay evidencia médica conflictiva sobre si Nancy, una mujer joven que se encontraba recluida en una clínica, estaba o no en estado vegetativo persistente (E.V.P.). Ella no estaba enferma de muerte, y podía vivir muchos años si se le continuaba proporcionando comida y líquidos. La provisión de estos por medio de un tubo gastrostómico (instalado para conveniencia del personal médico) era mínimamente invasiva y no era materia mayor en el costo total de su cuidado. Era esencial para ella sin embargo, y el removerlo como trataban de hacer los parientes de Nancy, inevitablemente causaría su muerte. Un fallo del Tribunal Supremo permitiéndolo, sería para el asunto de la eutanasia, lo que el fallo Roe V. Wade fue para el del aborto, y podría resultar en que se le retirara el agua y los alimentos a otras personas en circunstancias similares, a petición de sus parientes o de otros guardianes. Esto podría ser hecho tan rutinariamente como ahora se hace el aborto, y podría lógicamente ser extendido a otras clases de inhabilidades, quizá los severamente retardados o los enfermos mentales.

Esto no es tan exagerado como pudiera sonar, el reportaje publicado sobre un grupo de doctores reunidos por S.D.M (1985) decía, que cuando un paciente completamente demente rechaza la comida y el agua por la boca, no es necesario administrar estos por ninguna otra vía. Pero la muerte por hambre y deshidratación puede ser un proceso largo y penoso, tanto de sufrir como de ver, las inyecciones letales que quiere la Sociedad Hemlock serían más rápidas,

baratas, limpias y por supuesto, mas “misericordiosas y suaves”. Vemos claramente aquí el paso de retirar agua y alimentos a matar por medio de una inyección letal, bajo el infame pretexto de que es mas “misericordioso y suave”.

La Sociedad Hemlock, fundada en Los Ángeles (1980), tiene por objetivo la legalización del suicidio ayudado por el medico para los enfermos de muerte. En 1983, incluía también a “los enfermos graves que son incurables”. Este último objetivo ha sido excluido de la literatura del grupo, aunque quizás no de sus objetivos. Dereck Humphry, co-fundador y presidente de la Sociedad Hemlock, es también presidente ahora de la Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir. El era periodista en Inglaterra y tuvo que marcharse de ese país para que las autoridades no le acusaran de haber dado muerte a su primera esposa. Ella tenia cáncer en su etapa final el doctor Humphry le administro una droga letal que ella había pedido.

En los últimos diez años, la Sociedad Hemlock ha promovido su causa a través de un habilidoso uso de los medios de comunicación. Fundó una editorial para imprimir libros sobre la eutanasia para el público, y ha auspiciado conferencias en las cuales han participado líderes del movimiento pro-eutanasia de ambos hemisferios. Su hoja informativa comúnmente contiene información acerca del uso, los efectos y la disponibilidad de fármacos que pueden ser usados oralmente para la “auto-liberacion” (el suicidio), e historias sobre miembros que han “ayudado” a una persona “amada” a morir.

Muchas personas tienen dificultades en creer que haya una conexión entre el aborto y la eutanasia, pero Humphry no es uno de ellos. En un debate televisado en 1988 dijo: “Rose V. Wade (el fallo que legalizo el aborto en EE.UU.), abrió la puerta para la legalización de la eutanasia en este país”.

La rama política de la Sociedad Hemlock es “Norteamericanos contra el Sufrimiento Humano”, la cual propuso una ley para una “Muerte Misericordiosa y Digna”, para que las legislaturas de los estados la aprobaran. Como no muchos políticos están preparados para arriesgarse a auspiciar una ley legalizando la eutanasia administrada por un doctor, la Hemlock ha elegido trabajar a través del proceso de referéndum. Se inserta una proposición firmada por un numero

suficiente de votantes inscritos en un Estado determinado en la boleta electoral de ese Estado, para ser aprobada o rechazada en el día de las elecciones. La Hemlock fracasó en conseguir suficientes firmas para colocar la propuesta en la votación de California en 1988, pero planea tratar de nuevo. Esta también está recogiendo firmas en Oregon y Washington, dos Estados cuyas pequeñas poblaciones tienen la más baja tasa de afiliación a alguna iglesia en todo el país, Humphry predice que si un Estado aprueba esta ley, los demás también lo harán, lo cual es muy probable. (El Estado de Oregon legalizó el suicidio asistido mediante un referéndum en 1994).

AUSTRALIA

En 1988, el Estado australiano de Victoria se convirtió en la primera jurisdicción anglo-parlante en legalizar el "suicidio médico". Las partes de la ley que autorizaban a un apoderado para tomar las decisiones de vida o muerte por incapacidad fueron rechazadas por el Parlamento, pero serán consideradas de nuevo.

HOLANDA

Durante muchos años, la Hemlock Society ha considerado a Holanda, donde la práctica de la eutanasia es una plaga, un modelo que los Estados Unidos debe imitar.

Una de las figuras tristemente prominentes en lo que concierne a la eutanasia en Holanda es el doctor Pieter V. Admiraal, un anestesiólogo que se hizo conocido a través del mundo como escritor y conferencista. Él prefiere que los pacientes se administren a sí mismos las drogas letales, lo cual supuestamente les da a ellos un sentimiento de estar en "control" hasta el final. Por supuesto, esto no es siempre posible, y en todo caso, las drogas deben ser recetadas o proporcionadas por un doctor. Esto transforma a los médicos en asesinos. Admiraal y otros como él han tenido éxito en corromper a la profesión médica holandesa de una manera en que los Nazis no lo habían logrado durante su ocupación de ese país.

La eutanasia fue legalizada en Holanda por una decisión de la Corte Suprema (1984), así mismo como lo fue el aborto en los Estados Unidos. Eugene Sutorius, un abogado que jugó un rol importante en el caso, aseguró a la conferencia auspiciada por la Hemlock Society en Los Ángeles (1985), que un conjunto de

reglas desarrolladas antes y mantenidas con la decisión de 1984, constituyen una adecuada salvaguardia contra cualquier abuso en lo que respecta a la eutanasia. De hecho, el texto de estas reglas no esta claro, y la eutanasia en Holanda esta fuera de control. Tenemos por ejemplo el caso e aquel doctor P.A. Voute, un oncólogo pediatra quien, según el Times de Londres (10 de Octubre de 1987), admitió en televisión que le proporciono fármacos letales desde comienzos de 1980, a cinco o seis pacientes (adolescentes) durante un año, a pedido de ellos mismos, algunas veces con el consentimiento de sus padres y otras sin el. Si Voute fue encausado dentro de los 18 meses siguientes, el Times no lo menciona. La eutanasia tiene lugar tanto por “razones” médicas como por “razones” sociales. Un estudio llevado a cabo en 1986 sobre personas ancianas, mostro que la gran mayoría de los que residen en clínicas se oponen a la eutanasia y también temen ser asesinados. Los porcentajes son en cierto sentido más bajos para ancianos que viven solos. Hay varias estadísticas diferentes en cuanto al número de muertes por eutanasia cada año en Holanda, especialmente con respecto a las muertes involuntarias. Algunos de los números provienen de agencias del gobierno y otros de partidarios de la eutanasia; pero parece que con cualquier calculo que se haga, el numero de muertes involuntarias es el menos igual que el numero de muertes voluntarias, puede ser de dos a cinco veces mayor. Esto sugiere que las reglas a que nos referimos anteriormente son ampliamente violadas o ignoradas, y que muchos miles de certificados de muerte son falsificados cada año.

ALEMANIA

Después de la Segunda Guerra Mundial, la eutanasia fue un tema tabú en Alemania Occidental, pero ahora se esta empezando a debatir en el Parlamento y se promueve sutilmente en revistas medicas y de leyes. La Sociedad de Eutanasia Voluntaria (SEV) fundada en 1981, tenia 10,000 miembros ya en 1985 y está todavía creciendo. En su conferencia de San Francisco, su Presidente, Hans Henning Atrott, estigmatizo el “suicidio asistido” que hace que otra persona sea el que de muerte a la persona, llamándole “una cobardía”. El hablo solo desde la audiencia, no desde el escenario. Al dia siguiente, en una reunión privada, se

pudo saber que había dicho eso porque se opone al suicidio ayudado por un medico, formula favorecía por la Hemlock society y los otros grupos, insistiendo que por ello llevaría a programas masivos de eutanasia del tipo nazi. Altrot permitiría la auto- administración de cianuro, una sustancia que se puede obtener sin receta medica, la cual permite al individuo tener completa “responsabilidad” por su muerte, permaneciendo en “control” hasta el final.

En la ya mencionada conferencia de Los Ángeles en 1985, el doctor Julius Hackethal de Alemania Occidental, mostro un corto video de su amistosa separación de uno de sus pacientes, una mujer anciana quien, momentos después que él dejo la habitación tomo el cianuro que él le había proporcionado. (La escena de la muerte de ella no apareció en el video). Hackethal dijo que él había hecho el video anticipándose a problemas con la ley, pero había llegado a verlo principalmente como un instrumento educativo. Su licencia médica fue posteriormente revocada.

JAPON

La pequeña Sociedad de Eutanasia Voluntaria del Japón opera en una tradición en la cual el suicidio es visto como alternativa “honorable” a la perdida del prestigio y del honor; un hombre no debería sobrevivir, dicen ellos, a su buena reputación o a su éxito. La tasa de suicidio en el Japón ha subido entre los ancianos, muchos de los cuales son marginados y abandonados.

INDIA

Un proyecto de ley introducido en 1980 en el parlamento indio de ser aprobado hubiera proporcionado la muerte “a petición del paciente” a inválidos e incurables de todo tipo. La expresión “muerte misteriosa” aparece varias veces, aunque probablemente los políticos indios se hayan vuelto mas sofisticados actualmente.

CHINA

El Washington Times (22 de diciembre de 1988) publico un reportaje que empezaba diciendo: “China permitirá muertes misericordiosas a petición en sus hospitales, a pesar de la carencia de una política formal de eutanasia para pacientes enfermos de muerte...” Un funcionario del Ministro dijo: “La eutanasia

puede poner fin al dolor de los incurables (no se refería necesariamente a pacientes moribundos), y también puede ser un gran alivio para sus parientes, tanto mental como físicamente”. Dada su población tan numerosa y su desprecio general por la vida humana, suena como si los chinos hubieran dado otro “gran paso adelante”, hacia la muerte, superando y yendo aun mas lejos que Holanda al hacerlo.

FILIPINAS

La influencia de los Estados Unidos es evidente en un proyecto de ley introducido en la legislatura filipina en 1989 por dos senadores, quienes describieron el caso de Karen Anne Quinlan y el “Testamento en Vida” en California como eventos fundamentales para la promoción de la eutanasia. El lenguaje de ese proyecto fue tomado en parte del California Act, aunque las salvaguardias del paciente han sido generalmente omitidas y se agrego una clausula que permitiera el retiro de “respiradores o cualquier otro sistema para conservar la vida”. (¿Se refieren quizá al alimento y los líquidos?) Esto se haría a petición de los parientes 30 días después que estos hayan sido notificados por un doctor de que no hay esperanza de que el paciente se recupere.

RUMANIA

Bajo el ya fallecido dictador Nicolas Ceaucescu, Rumania excluyo a los jubilados de todo servicio medico y social: tres días después de su ejecución, se legalizo el aborto que había sido proscrito. Está por verse si es que la posición de los jubilados cambiará, y en ese caso en que dirección.

ISRAEL

Un líder por vida en Israel, cuya esposa opinaba: “ellos no hablan acerca de la eutanasia aquí, simplemente la llevan a cabo”, y así va sucediendo, a través del mundo.

PERTINENCIA A OTROS PAISES

En los últimos cincuenta años, varios países occidentales han tomado los dilemas asociados con adelantar la tecnología médica, esperanza de vida mayor y las

dificultades asociadas con sufrimiento insufrible. Algunos están proponiendo las maneras de permitir la eutanasia y se citan a menudo los Países Bajos como un modelo del papel. Muchos investigadores, en los Países Bajos y en el extranjero, ha atraído atención a las características específicas de culturas holandesa y sugirió que los países necesitan encontrar sus propias soluciones en lugar de simplemente intentar importar la venta al por mayor del sistema holandés. Un territorio australiano, al hacer un informe de 6 meses, y que contenía una ley que permite la eutanasia; varios estados americanos han presentado desafíos a la constitucionalidad de leyes contra el suicidio ayudado. La investigación mayor continua en Escocia, casa del primer libre en el mundo (mismo –liberación).

2.2 LA EUTANASIA Y LA LEY ACTUAL

A. GARANTIAS INSTITUCIONALES INTERNACIONALES

El derecho a la vida frente a la eutanasia goza de todas las garantías internacionales institucionales señaladas en la Parte General en el correspondiente apartado.

B. GARANTIAS INSTITUCIONALES EN EL AMBITO REGIONAL

En el ámbito regional el derecho a la vida frente a la eutanasia goza de todas las garantías señaladas en el correspondiente apartado de la Parte General.

C. GARANTIAS INTERNAS

Los Estados no suelen tener en sus normas fundamentales una referencia especial acerca de la eutanasia. Tan solo algunos, muy pocos, regulan la eutanasia con cierta minuciosidad. En la mayoría, es la doctrina penal la que tiene que hacer esfuerzos de interpretación y equiparar, como ocurre en España, la eutanasia “bien a la ayuda al suicidio, bien al simple homicidio”.¹

EN ESPAÑA.

Sin embargo puede considerarse, en principio, prohibida la eutanasia en el sistema constitucional de los diversos países en la medida en que en todos ellos se reconoce el derecho a la vida, que es el derecho conculcado con la acción de la eutanasia. Así, la Ley Fundamental de la República Federal Alemana (1949) en su artículo 2.2 dice que:

“Todos tiene derecho a la vida y a la integridad física...”

La constitución portuguesa de 1976, en su artículo 24 establece;

Derecho a la vida “1.- La vida es inviolable”.

El artículo 25 de la misma Constitución establece;

Derecho a la integridad personal:

“La integridad moral y física de los ciudadanos es inviolable. Nadie podrá ser sometido a tortura ni a tratos o penas crueles, degradantes o inhumanas”.

¹ REICHEL W. DYCK AJ: “La eutanasia Un dilema moral contemporáneo”. The Lancet (Ed. Esp.) 16 (4): p. 256-257. 1990.

D. GARANTIAS EN EL SISTEMA JURIDICO ESPAÑOL

La Constitución española de 1979 establece en su artículo 15 que:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes...”

Como tantas veces se ha dicho, los derechos fundamentales tienen un mecanismo de protección múltiple: los Tribunales ordinarios mediante un procedimiento preferente y sumario; el Tribunal Constitucional a través del recurso de amparo; y el Defensor del Pueblo.²

Además de lo dicho en el apartado de origen y evolución, hay que hacer constar el vacío legislativo que existe en la mayoría de los países. Por este motivo, cada vez con mas fuerza se esta exigiendo una regulación específica y pormenorizada.

En España, el nuevo Código penal (ahora en proyecto, dentro de unos años, esperamos que en vigencia), incluye una regulación de este tipo.

Una legislación progresista y precisa permitirá discriminar entre los distintos tipos de eutanasia, aplicando un tratamiento legal distinto para actos también diferentes, exigiendo cautela en unas prácticas, admitiendo otras, o bien condenando sin excepción otras tantas.

2.3 CRITERIOS ADOPTADOS PARA DETERMINAR LA MUERTE DE UN PACIENTE

VIDA Y MUERTE HUMANAS

Es el conjunto de funciones biológicas, que permiten al ser humano la posibilidad de conocerse a si mismo, el mundo que lo rodea y las interrelaciones que pueden darse entre si.

²Cfr. "Constitución Española y Ley de Protección Jurisdiccional de los Derechos Fundamentales de la Persona", p 26, diciembre de 1978. Editorial Iberia S.A de C.V Vigésima edición Aumentada, España. 1978.

Así mismo, posibilitan las capacidades inherentes a su esencia, como crecimiento, desarrollo, reproducción e incluso muerte.

El concepto de vida esta ligado, para muchos pensadores, con el concepto de relación consigo mismo y con los demás. Involucra además el concepto de voluntad, libertad y conciencia de bienestar.

De otro lado, el fenómeno de cesación de la actividad vital no ha podido ser correctamente definido por nadie, ni en términos filosóficos, ni en términos biológicos, ni muchísimo menos en el plano físico matemático.

Desafortunadamente, la mejor definición sigue siendo: Muerte es lo contrario a la vida.

Una definición Medico- Legal de muerte es: "la detención del proceso que preserva la integridad física del cuerpo".³ Es decir, la detención del proceso de la vida y como tal es una secuencia de hechos que culmina en la cesación de las funciones biofisiológicas.

A este respecto, los legistas y abogados han estudiado a fondo las manifestaciones de la muerte, la que han confirmado mediante la comprobación de la abolición de las funciones nerviosas (inmovilidad, flacidez muscular, parálisis de esfínteres, ausencia de actividades psíquicas), extinción de las funciones circulatorias (ausencia de pulso y latidos cardiacos), y extinción de las funciones respiratorias.

Los legistas van inclusive mas allá y tratan de definir el termino agonía, como un sinónimo de combate, de lucha, aunque no implique necesariamente la posibilidad de victoria. Es simplemente la última etapa antes de morir.

El atormentado, el viejo, el enfermo, miran la muerte como una liberación. Nietzsche escribía el siglo pasado; "...Uno debe partir de la vida como Ulises partido de Nausica: Bendiciéndola mas que amándola..."

³Cfr. QUIROZ CUARON Alfonso. "Medicina Forense". Editorial Porrúa S.A. Séptima edición. México 1993 p. 526.

Y cuando contemplamos la tenacidad con que los viejos se aferran a la vida se vuelve mas valido el análisis de Leopardi: "...La muerte no es un mal. Ella libera de todos los males al hombre y, si no lo priva de cualquier cosa buena, también le quita su deseo por ella. La vejez es el supremo mal, puesto que priva al ser humano de todos sus placeres, dejando vivo su apetito por ellos, trayendo con ello sufrimiento. Sin embargo, el hombre teme a la muerte y desea la vejez..."

2.4 CAUSA DE JUSTIFICACIÓN DESDE LA REALIDAD

El caso Baby Doe: En 1982 nacía en Indiana un niño con el síndrome de Down. Un caso más de mongolismo, pero esta vez agravado por un problema severo, aunque no irresoluble, en el aparato digestivo. Sin embargo, ante esta situación los padres deciden que su hijo no sea intervenido quirúrgicamente. O dicho de otro modo, deciden dejarle morir.

El caso levanto una espectacular polémica. El hospital donde nació el niño denunció a los padres. Incluso, la cuestión fue llevada hasta el Tribunal Supremo que reconoció el derecho de los padres a decidir no intervenir a su hijo. Mientras tanto, algunos matrimonios piden la custodia del niño. En tal estado de excitación, y cuando se pretendía un pronunciamiento del Tribunal Supremo Federal, Baby Doe muere.

Pero no acabo ahí con la polémica: en evitación de nuevos casos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos saca a la luz una regulación referente a estos problemas. Entre otras cosas, se afirma la inadmisibilidad de negar alimentos o tratamiento medico a un niño deficiente por razón de su deficiencia.

Y en 1984, se aprueba una Ley que condena como abuso y negligencia (mas que como discriminación) la no-aplicación del tratamiento medico indicado a un niño, salvo en los casos de coma irreversible, inutilidad del propio tratamiento o cuando su aplicación solo prolongue innecesariamente la muerte.

Socialmente, el caso fue tan impactante, que se creó la Baby Doe Hotline, línea telefónica destinada a recibir denuncias de casos similares.

Ineke tenía 32 años cuando dio a luz a su primer y único hijo, Henk Jan. Ineke Swagerman, maestra de profesión, se había casado el año anterior con Gerald Stinissen, un joven de 20 años. Los padres de Ineke siempre se opusieron a esta relación, el joven Gerald tenía entonces los pelos largos y unas ideas un poco raras. Ineke era para su padre la hija predilecta. Los padres de Gerald la consideraban como una vieja seductora que se había apoderado de su hijo. La pareja no quería casarse pero Ineke, que quería mucho a su padre, celebró la boda para complacerlo.

El largo calvario de Gerald Stinissen empezó un sábado del mes de marzo de 1974. El día fatídico, Ineke que esperaba un hijo tuvo que dar a la luz por cesárea ante las complicaciones del parto en el Hospital de Staesmaten de la Ciudad de Enschede. Un error del anestesista que introdujo el tubo respiratorio en el esófago en lugar de introducirlo en la tráquea la dejó en estado de coma.

El niño se salvó, Henk Jan tiene en la actualidad 15 años. Vivió los primeros años con la hermana de la madre y ahora reside en un centro de ayuda para jóvenes, Henk Jan vivió con su padre, Gerald Stinissen, durante cinco años pero se lleva mal con él.

A los tres meses, Gerald Stinissen decide trasladar a su mujer a otro hospital, escoge la clínica protestante Hetwiedenbroek en la ciudad de Haaksberg, siempre en Holanda. Ineke Stinissen no saldrá más de allí. Para Gerald Stinissen se presentaba una doble alternativa: trasladar a su mujer de hospital en hospital para intentar encontrar el especialista que pudiese reanimarla o acabar con los sufrimientos de su mujer. Escogió la segunda alternativa.

En la actualidad vive en Groninger con su novia Claartje. Con su nueva compañera tiene tres hijos. En la partida de nacimiento de los tres niños tienen anotada la

mención “padre desconocido”. No pueden llevar el apellido del padre. Gerald Stinissen no los puede reconocer. En caso contrario sería bigamo ya que todavía está casado con Ineke.

2.5 CRITERIO DE INIMPUTABILIDAD

ENUNCIADO DEL DERECHO

No existe en textos internacionales ninguna mención específica sobre la eutanasia. Se puede considerar reconocido el derecho a la vida frente a la eutanasia a través del reconocimiento del genérico a la vida:

Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: Todo individuo tiene derecho a la vida...

Artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos Humanos: Todo ser humano tiene derecho a la vida...

Artículo 6.1° del Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos: El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

Artículo 4.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos: Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho está protegido por la Ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

Artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley...

Artículo 2 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el Parlamento Europeo, en virtud de Resoluciones de 16 de mayo de 1989: Todo individuo tiene derecho a la vida...

Artículo 19 Párrafo 1° de la Carta Comunitaria de Derechos Sociales Fundamentales de los trabajadores, de 9 de Diciembre de 1989: Todos los trabajadores deben beneficiarse, en su medio de trabajo, de condiciones satisfactorias de protección de su salud y su seguridad.

2.6 HOMICIDIO ATENUADO POR EL CONSENTIMIENTO DEL SUJETO PASIVO

Los argumentos a favor de permitir la eutanasia (voluntaria, activa, directa) se basan en la compasión, considerando cruel rehusarse a librar al enfermo incurable de una situación de padecimiento e indignidad, y en la primacía de la autonomía del paciente, en el respeto a su autodeterminación, reconociéndole el derecho a decidir cuando abandonar la lucha por la vida cuando ésta implica sufrimientos que él no puede afrontar y que la medicina no puede suprimir o aliviar.

2.7 HOMICIDIO ATENUADO POR LOS MOVILES DE PIEDAD Y POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE SALUD DEL SUJETO PASIVO.

En la acepción actualmente predominante, eutanasia es la acción u omisión que permite, acelera o provoca la muerte de un paciente terminal o de un recién nacido con graves malformaciones, para evitar sus sufrimientos. El concepto supone la intervención de un agente distinto del enfermo y que ella se lleve a cabo por el bien de este, movida por la compasión.

Proposiciones y prácticas eutanásicas ha habido en distintas épocas y culturas. A veces han sido las normas consuetudinarias las que han determinado cuando una persona enferma o anciana debe morir en beneficio del grupo. En otras ocasiones se ha atribuido al rol del médico el favorecer la muerte de los enfermos incurables o de quienes carecen de utilidad social. En la actualidad, apelando al principio ético de la eutanasia, autores y grupos defienden la legitimidad de ayudar a morir a un paciente infortunado y competente que lo solicita o de aceptar la decisión de quien represente los mejores intereses del enfermo si este no puede expresar la petición.

Factores determinantes del debate contemporáneo sobre la eutanasia serían la incapacidad de la profesión médica de aceptar la muerte inevitable y de poner límites al uso de una técnica capaz de mantener por tiempo indefinido una vida meramente biológica del cuerpo, cuando ya no existe posibilidad de una existencia realmente humana; el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo y la afirmación de la libertad como supremo valor del hombre; y una concepción inmanentista de la vida, aparejada con el rechazo del sufrimiento como experiencia "purificadora y meritoria".

2.8 DEBATE SOBRE LA EUTANASIA

PERSPECTIVA FILOSOFICA

El debate sobre la eutanasia se amplia si se relaciona con algunas corrientes filosóficas capaces de aclararlo. Aquí nos limitaremos a mencionar dos. Hegel.

Más allá de las corrientes filosóficas que aparecen actualmente en Holanda, y de la concepción de Binding y Hoche, el debate sobre la eutanasia nos remite a una filosofía que ha marcado toda nuestra época: la de Hegel (1770-1831).

Como explica Alexandre Kojève, uno de sus mayores estudiosos (Introducción a la lectura de Hegel, Gallimard, Paris 1945, pp. 529-575), la filosofía de Hegel es, ante todo, una filosofía de muerte. Hegel está atormentado por la condición del hombre, ser finito, como los animales, pero que, a diferencia de ellos, está dotado de razón y de voluntad propia, y está consciente de que está destinado a la muerte. Frente a esa situación inevitable, frente a ese fin letal, el hombre busca en el don de la muerte la afirmación suprema de su libertad soberana. El hombre realiza eso mediante el acto de quitarse la vida, mediante el suicidio. Sin embargo, si el hombre es señor de su propia vida y de su propia muerte, ¿Por qué, con mayor razón, debería renunciar a ser señor también de la vida y de la muerte de los demás, como ya se sugiere en la famosa dialéctica del señor y del esclavo?.

Aquí estamos en el origen de todas las morales contemporáneas de los señores, contra las cuales nunca han dejado de reaccionar las corrientes atentas a los derechos del hombre, especialmente de los más débiles. Los señores en cuestión, siendo los más fuertes, se reservan el ejercicio de un dominio total sobre su propia vida y sobre la de los demás. Esta moral lleva a múltiples formas de opresión, de segregación y de guerra, según criterios de raza o de clase, de rendimiento, de solvencia o de utilidad.

Frente a la certeza de la muerte, siempre angustiosa para nosotros. “¿No sería más sabio prestar atención a lo que escribía el profesor Lucien Israel: Debemos estar siempre abiertos a esa parte del misterio que nos recuerda la muerte?”⁴

2.9 CONSIDERADO EL AMPARO DEL PERDON EN LA ESFERA DEL LIBRE ARBITRIO JUDICIAL

RESPONSABILIDAD PENAL

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la eutanasia “es siempre practicada por otras personas. Si es uno mismo el que se provoca la muerte se habla de suicidio”.⁵ La eutanasia es, pues, un homicidio con unas características determinadas.

En el caso de la eutanasia directa (acción dirigida al acortamiento de la vida) existe siempre una responsabilidad jurídica penal. En los países accidentales la eutanasia directa es considerada como un homicidio, y no esta legalizada, aunque se practica varios miles de veces al año en los Países Bajos, si es voluntaria y se cumplen otros requisitos, sin que el medico sea castigado.

2.10 LA LEGISLACIÓN MEXICANA Y SUS PRINCIPIOS DE ACTUALIZACIÓN

La Ley Robles que protege el derecho a una vida plena de las madres y el producto. Es absurdo que se intenten comparar causal de aborto con eutanasia. México DF. OCT 11, 2000 (Sonia del Valle/CIMAC).- Detrás de la negativa de los partidos Acción Nacional (PAN) y el Verde Ecologista de México (PVEM) a la causal del aborto por motivos eugenésicos malformaciones graves, está el intento

⁴Cit. Por: KUHSE H: “La eutanasia”, en Singer P (Ed): Compendio de Ética, Alianza Editorial, Madrid, 1995, p.p 405-416.

⁵KENIS Y: “EUTHANASIE”, en Hottois G. Parizeau MH (Ed). Les Mots de la bioethique, De Boeck Université, Bruxelles, 1993, p.p. 208-215

de equiparar ésta con la eutanasia, a pesar de las diversas hipótesis que concurren en el Código Penal para que una mujer pueda interrumpir su embarazo por este motivo.

Para el doctor Armando Soto, especialista en derecho constitucional, la propuesta de ampliar esta causal de aborto en el Código Penal fue correcta en el sentido de que deben ser las mujeres quienes puedan decidir si continuar con su embarazo o no, siempre y cuando a juicio de dos médicos exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones graves, lo que traería consecuencias negativas para el propio infante, la familia y la sociedad y de ninguna manera puede equipararse con la eutanasia.

Señalo que el precepto de “poner en riesgo la sobrevivencia del mismo” de dicha causal, asentada en la fracción III del artículo 33 del Código Penal, aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, toma en cuenta precisamente la vida del producto, porque de lo contrario hay un grave riesgo de que este muera o la madre. Adicionalmente, a pesar del juicio de dos médicos si una mujer no quiere interrumpir su embarazo la ley no la obliga a ello.

“se protege el derecho a la vida y por supuesto el derecho a una vida plena y digna tanto de la madre como del producto”, sostuvo Soto.

A decir de Martha Juárez, del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), es “impresionante que a través de un asunto totalmente político, mas que jurídico, el PAN trate de equiparar la eutanasia con una causal de aborto por malformaciones genéticas graves, que especifica claramente que debe tomar en cuenta la opinión de dos médicos en aras de defender a ultranza el derecho a la vida”.

A pesar de que todavía el grupo -uno de los principales promotores de la despenalización del aborto en México por considerarlo como un problema de salud pública y justicia social- se encuentra estudiando la acción de inconstitucionalidad presentada por el PAN y el PVEM a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Juárez considera que dicha acción seguramente no prosperará. Aunque se menciona que darán a conocer una postura al respecto a futuro.

Por su parte, Católicas por el Derecho a Decidir, en voz de Pilar Sánchez, se menciona, que la propuesta de incluir la causal por malformaciones congénitas graves en el tema del aborto del Código Penal, está relacionada con la libertad de las mujeres y su derecho a decidir sobre su reproducción, garantizado en el artículo cuarto de la Constitución.

Sin embargo, la acción de inconstitucionalidad en contra de la llamada “Ley Robles” equipara la interrupción del embarazo con la eutanasia, siendo que esta en su definición significa acortar la vida de un individuo enfermo incurable.

Cabe destacar que el 33 por ciento de las y los legisladores de la II Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal presentaron la acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación para que sea

ésta quien decida si se violan las garantías individuales asentadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con la aprobación de la ampliación de causales por la jefa del gobierno capitalino.

El 18 de agosto del 2000, fue aprobada como una causal de aborto no punible en el artículo 334 del Código Penal, por malformaciones congénitas graves, además de la adición de la fracción bis al artículo 131 del Código de Procedimientos Penales, que faculta al Ministerio Público extender una orden de interrupción del embarazo a una mujer que ha sido violada. Ambas propuestas fueron impugnadas por el PAN y el PVEM y la Suprema Corte dio entrada a la acción de inconstitucionalidad y designó a la magistrado Olga Sánchez como la encargada de revisar el caso.

2.11 LA LEGISLACIÓN Y LA ETICA MUNDIAL Y NACIONAL

La eutanasia va en contravía de varias legislaciones, entre las que conviene mencionar:

- 1- **EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE ETICA MEDICA**, elaborado por la Asociación Médica Mundial, reforzado en por lo menos tres reuniones mundiales en los años de 1949, 1968 y 1983. En una de sus partes, el referente a los deberes de los médicos hacia los enfermos, enfatiza:

“El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana”⁶

- 2- **JURAMENTO HIPOCRATICO** (Siglo V a.c.), cuya vigencia esencial no se ha perdido, reza:

“No administrare” a nadie fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomar la iniciativa de su sugerencia de este tipo. Asimismo, no receto a una mujer un pesario abortivo; sino por el contrario, vivir y practicar mi arte de forma santa y pura”.⁷

LEY 23 DE 1981, que plantea en sus principios:

“1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.⁸

⁶Op. Cit. KUHSE H: "La eutanasia", en Singer P(Ed.): Compendio de Ética, Alianza Editorial, Madrid, 1995, p. 405-416.

⁷Cfr. KOTTOW M: "Introducción a la Bioética", Ed. Universitaria, Santiago, 1996, p. 154-157.

⁸Cfr. LAVADOS M: "Decisiones etico-clinicas en el caso de un paciente Terminal con cáncer metastásico". El problema de la eutanasia, Rev. Med. Chile 122 p. 563-571,1994.

3- LA CONSTITUCIÓN NACIONAL, al reconocer como fundamental el derecho a la vida, obliga a abstenerse de cualquier actuación que menoscabe este derecho y, al mismo tiempo, a promover la protección del mismo en forma activa. La vida es un derecho irrenunciable en el sentido de no poder ser traspasado en forma permanente a terceros.

“El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de tres a seis años”.⁹

2.12 LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

UNA CLARA INTENCIÓN DESPENALIZADORA

El segundo rasgo destacable es la intención despenalizadora. Que esa es la voluntad del legislador se deduce del carácter inconcreto y nebuloso del texto legal. No señala este que cautelas ha de tomar el autor del homicidio por enfermedad para asegurarse del carácter expreso, serio e inequívoco de la petición de su víctima. La tolerante regulación sobre la eutanasia, vigente desde diciembre de 1993 en Holanda, es mucho mas estricta en este sentido exige que:

la eutanasia sea realizada por un medico; que la petición proceda de un paciente competente, que ha de reiterarla a lo largo de una semana como mínimo y documentarla mediante un escrito firmado en presencia de testigos; exige la opinión concordante de otro medico, llamado en consulta y no implicado en la atención del paciente, que además de evaluar el estado psíquico del paciente, ha de confirmar que la enfermedad se encuentra en su fase Terminal, que causa un

⁹Cit por: LÓPEZ E: "La eutanasia y el derecho a morir con dignidad", en Ética y Vida, 2ª. ed. Ed. Paulinas. Madrid. 1990, p. 219-236.

nivel intolerante de sufrimiento, que es resistente a las terapéuticas del momento, y que no existen tratamientos eficaces que puedan ofrecerse como alternativas a la muerte compasiva.

El proyecto español considera que basta una... "petición expresa, seria e inequívoca".

Pero, todos lo sabemos: una petición firme, clara, conmovedora, de muerte puede hacerla un enfermo bajo los efectos de un cansancio crónico, de un insomnio tenaz, de una disnea agobiante, de un estado nauseoso, o de una depresión no diagnosticada o deficientemente tratada. Una petición expresa y seria de muerte puede ser la consecuencia de una terapéutica incompetente del dolor u otros síntomas, o del abandono afectivo por parte de familiares y cuidadores. Incluso puede hacerla el enfermo como recurso psicológico y dramático para centrar sobre si la atención de los demás, o como represalia por desatenciones presentes o agravios pasados.

LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

La despenalización de la eutanasia trae sus consecuencias.

Hace algún tiempo, se tuvo en el Congreso, un Proyecto del Nuevo Código Penal, cuya discusión parlamentaria se suspendió con motivo de la disolución de las Cortes y las elecciones anticipadas. El Ministerio de Justicia preparo, entre tanto, otro texto, que el Gobierno aprobó y envió al Congreso el 20 de septiembre de 1994, para los trámites de Comisión y presentación de enmiendas, previos a la discusión.

En el nuevo proyecto, el Artículo que ahora trata de la muerte provocada de los enfermos, lo que técnicamente podría llamarse el nuevo delito de homicidio por

enfermedad, ha cambiado de número: Ya no es el 149.a, como antes, sino el 143.4. El nuevo texto es prácticamente idéntico al anterior. Dice así: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.¹⁰

Hay dos novedades: el “directo” añadido a los actos necesarios y directos. Y la adición de inequívoca a la petición expresa y seria de antes. No cambian mucho las cosas.

Un análisis sencillo nos muestra que el texto es alarmantemente vago y productor de incertidumbre. Existiendo la seguridad de que ningún médico ha sido llamado a colaborar en su redacción. Parece obvio que el Artículo incluye la eutanasia voluntaria, y excluye toda eutanasia involuntaria.

Pero ¿serán válidas las decisiones antecedentes del enfermo como vehículo de petición expresa, seria e inequívoca? ¿Sería vinculante un testamento de vida que añadiera a la prohibición del ensañamiento terapéutico la petición de muerte dulce, si se diera en la presunta víctima incapacidad de decidir, o incurrieran determinadas circunstancias en el curso de una enfermedad grave y de pronóstico infausto, que el paciente juzga de antemano como difíciles de soportar?. Un documento de este tipo podría autorizar la práctica de la eutanasia involuntaria en quienes consideran que, por ejemplo, la demencia senil constituye una forma de vida intolerable.

Parece obvio que de este nuevo delito se excluye la ayuda al suicidio, pues los dos párrafos precedentes del mismo artículo dicen:

“2- Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona”.

“3- Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte”. Y sin embargo, sorprende la tremenda asimetría punitiva que se establece entre la cooperación al suicidio consumado y el homicidio por enfermedad:

¹⁰Cfr. KUHSE H: “La Eutanasia”...op. Cit, p. 501.

Se castiga este con penas inferiores en uno o dos grados a aquella, cuando la tendencia jurídica dominante es la de homologar, incluso la de no distinguir entre, ayuda médica al suicidio y eutanasia voluntaria.

Estamos, en fin de cuentas, ante un tipo nuevo y especial de homicidio, el homicidio por enfermedad, que, merece algunos comentarios desde el punto de vista de la Ética médica.

DESMEDICALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

El primer rasgo destacable es la desmedicalización del nuevo delito. Así como en el último anteproyecto de Ley Orgánica sobre regulación de la interrupción voluntaria del embarazo, el texto se abre en el artículo 1, párrafo I, diciendo que “No constituirá delito la interrupción del embarazo, practicada por un médico o bajo su dirección”, en el que ahora se considera no se hace referencia alguna al médico. No hay aborto sin médico, pero el homicidio por enfermedad no exige ni la presencia ni la acción del médico, pues queda definido por la convergencia de dos circunstancias que no necesitan de participación inmediata y directa del médico: una, la petición de muerte que hace la víctima, que además de expresa y seria, ha de ser inequívoca; la otra, el sufrir una enfermedad grave, de pronóstico infausto, o causante de graves sufrimientos permanentes y difíciles de soportar, que, aunque pudiera exigir el parecer del médico en algunos aspectos, queda en fin de cuentas atribuida a la decisión del enfermo que ha de expresar su juicio sobre lo difícil de soportar de sus sufrimientos.

Esto es muy importante. La extra-medicalización del nuevo delito podría dispensar a los médicos de la tarea de prestar más atención al tema, y decir: no va con nosotros. Pero es inevitable que, en todo homicidio por enfermedad, haya aunque la ley no lo exija, un médico de por medio. Se puede suponer que algún médico, un psiquiatra, por ejemplo, fuera llamado para testificar el carácter serio e inequívoco de la petición de muerte, esto es, si la petición no está viciada por situaciones emocionales o patológicas invalidantes. Sin embargo, la estructura misma del texto, la ausencia de tecnicismos, como por ejemplo enfermedad Terminal o pronóstico mortal, traslucen una voluntad deliberada del legislador de excluir al médico del centro de la escena.

No hace falta ser experto en derecho penal, para percibir que la situación que crea, la nueva legislación sería alarmante, por inseguridad e indeterminación. En primer lugar, porque la pena con que se trata de disuadir al presunto autor del homicidio por enfermedad es muy ligera: la reducción en uno o dos grados con respecto a las asignadas, respectivamente, a la ayuda al suicidio consumado y a la cooperación a los actos previos al suicidio, a lo que hay que sumar las obvias circunstancias atenuantes previstas en la misma ley, convierten la pena del homicidio por enfermedad en una de prisión de seis meses a tres años, en el caso más perverso imaginable, o en una arresto de uno o seis fines de semana, en el caso más leve: todo dependerá del dictamen de los jueces y, cuando entre en Vigo la ley ahora aprobada, del veredicto de los jurados. Siendo persuadir a los jueces, y todavía más a los jurados, del altruismo, la piedad y compasión con que aquel ha actuado, la regla suele ser un veredicto final de inocencia.

Es de suponer que a los abogados no les será muy difícil, en las causas de homicidio por enfermedad, acumular suficientes circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad criminal, que excusen la pena o la reduzcan a su nivel mínimo. La entrada en vigor de un artículo redactado en los términos citados equivaldría, a corto plazo, a la despenalización de facto de la eutanasia. Al menos, de la primera eutanasia que cada uno ejecutara, pues el que carece de antecedentes penales no es obligado a cumplir sentencias privativas de libertad si la pena es inferior a dos años.

2.13 LA REGULACIÓN SOBRE LA EUTANASIA EN HOLANDA

ES LEGAL EN HOLANDA

Desde que se legalizó la eutanasia en Holanda, lo que comenzó aplicándose solo en casos extraordinarios, se ha transformado en rutina. Veinte Mil de las 130.000 personas que mueren cada uno en ese país son asesinados o ayudados a morir por médicos.

Estas incluyen ahora recién nacidos cuya calidad de vida se considera deficiente y adultas (e incluso adolescentes) depresivos en buenas condiciones físicas.

Los jueces han establecidos los requisitos que deben ser cumplidos antes de que un medico mate a un paciente. Los mismos incluyen peticiones para morir voluntarias y repetidas, dolor incontrolable, fuerza mayor (el medico no tiene otra opción), testigos y dos médicos que lo corroboren. Pero pocos de estos requisitos son considerados y el requisito de petición voluntaria por una persona en el uso de sus facultades mentales, hecho repetidamente, ha sido rutinariamente ignorado.

La gran contribución de Hipócrates, que paso a la era Cristiana y guió la profesión del medico durante los siguientes dos milenios, fue la de separar la función de curar y la de matar. A partir de entonces, el medico solo curaría. A través de los siglos, el juramente hipocrático ha contenido la frase, *primun non nocere*, “en primer lugar, no hace daño”.¹¹ En la actualidad, los médicos que se gradúan ya no toman el juramento hipocrático. Con el aborto y el apresuramiento para legalizar la eutanasia, los médicos, trágicamente, han vuelto a asumir esa doble función.

En Holanda se ha despenalizado la eutanasia, bajo las siguientes condiciones; que el paciente este informado sobre su enfermedad y conozca las posibles alternativas existentes; que el enfermo encuentre insoportable su sufrimiento físico o mental; que el deseo de morir sea firme; que su decisión sea personal y libre, sin presiones sociales; que el medico consulte a un colega sobre la determinación de aplicar la eutanasia, asegurándose que existen causas suficientes graves para fundamentarla; y que el profesional informe a las autoridades judiciales, comunicando las circunstancias en que se ha tomado tal decisión y el método que ha empleado.

¹¹ Cfr. PORTE PETIT CANDAUDAP Celestino. "Dogmática Sobre los Delitos contra la Vida y la Salud Personal". Estudio Comparativo de los Códigos Penales de las Entidades Federativas. Editorial Jurídica Mexicana. México, 1975, p. 106.

La experiencia en ese país (donde el 2.1% de todas las muertes se deben a eutanasia o suicidio asistido, la mayoría en pacientes con cáncer avanzado) demuestra para algunos lo infundado que es el argumento de la pendiente resbaladiza y el temor al abuso, revelando ciertos estudios que la mayoría de los pacientes a los que se les ayudo a morir habrían muerte naturalmente al cabo de algunas semanas, por lo que el procedimiento influyo poco en el acortamiento de

la vida. Otros estudios afirman, por el contrario, que solo una minoría de casos de eutanasia son informados a las autoridades; que ha habido un importante incremento de la practica de eutanasia en pacientes que se encuentran en estado de inconsciencia, operándose una transición desde la eutanasia voluntaria a la eutanasia no voluntaria; y que la mayoría de las muertes por eutanasia se produjeron dentro de las dos semanas desde la solicitud inicial, sin dar tiempo suficiente para evaluar la firmeza de tal decisión ni para descartar razonables expectativas de mejoría de un trastorno depresivo.

2.14 JURISPRUDENCIA CONTRADICTORIA EN LAS CORTES

La reciente sentencia sobre la Eutanasia debe compararse con otros planteamientos jurídicos de las altas Cortes de Justicia. Así, la Sentencia T- 068 del 22. 02. 94 dice: “ El entendimiento de la norma no puede ser (...) el de que la entidad de seguridad social esté autorizada para interrumpir un tratamiento a quien estaba derivado de él evidentes progresos (...), con mucha mayor razón si (...) es factible obtener mejoría del paciente mediante terapia y los controles regulares, favoreciendo así una notable disminución de sus deficiencias. No podría aceptarse constitucionalmente que fuera lícito y permitido a un organismo de seguridad social del Estado desentenderse absolutamente del tratamiento y los cuidados que requiere un paciente cuya salud, de manera necesario, habrá de sufrir notables detrimentos si aquel se interrumpe; menos si el daño causado por la interrupción de la asistencia medica, fisioterapéutica u hospitalaria puede llegar al punto en que la calidad de vida de la persona resulte seriamente degradada”.¹²

¹²Cfr. GARFO J: "EUTANSIA", en Diez palabras claves en Bioética, Ed. Verbo Divino, Navarra, 1993 p.p. 91-135.

La muerte como fenómeno inminente, otorga derecho al enfermo para recibir todos los cuidados y atenciones que el Estado pueda brindar. La Corte Constitucional, refiriéndose a la prohibición de suspender tratamientos: “La tesis anterior cobra mas fuerza a partir de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en los que señala claramente que aun en estados terminables el Instituto de Seguro Social no puede exonerarse de prestar ciertos servicios

asistenciales, tales como la terapia psicológica, la paliativa para el dolor y la de mantenimiento”.

Es claro que los servidores asistenciales a quien esta condenado a morir pronto, deben realizarse con sentido humanitario y de caridad. Así, paliar el dolor o mantener lo poco de vida que pueda, es una obligación.

Porque se trataba, realmente, de un grave problema medico-jurídico: el médico prescribe, con el conocimiento y autoridad que le da su ciencia, lo que considera mejor para el paciente. Sin embargo, a veces el paciente no esta de acuerdo con el tratamiento establecido por el facultativo, por muy diversas razones, incluida la sinrazón del simple capricho. Y ante tal conducta, teniendo en cuenta los valores de libre desarrollo de la personalidad y de autonomía (Art. 14 de la Constitución Política), y la prohibición de obligar a que otro adopte un comportamiento contrario a los dictados de su conciencia ¿Qué debe hacer el medico?.

Respetar la autoridad del paciente (Sentencia T-401 del 12. 09. 04, Expediente T-36711: En caso de disputa entre el medico y su paciente, debía al tipo de tratamiento que debe ser llevado a cabo ¿puede aquel decidir y prescribir el sistema que considere mas adecuado, aun en aquellos casos en los cuales el enfermo no esta de acuerdo con la decisión tomada?. La curación es un fenómeno global y complejo que incluye aspectos físicos y síquicos. La profesionalización de la medicina ha conducido a una subestimación del elemento discursivo y simbólico de la relación clínica. La comunicación entre medico y paciente no solo es importante desde el punto de vista del respeto de la dignidad humana, sino también desde la perspectiva terapéutica.

El paciente necesita, además de querer la curación, creer en ella y en la capacidad de la medicina y de su agente para lograrla. En la sociedad secularizada actual, los médicos cumplen una labor que antes correspondía en buena parte a los sacerdotes: la función de escuchar, comprender, aconsejar y aliviar. Por eso su tarea es integral. No se reduce al conocimiento instrumental de tipo clínico, si no que debe tener en cuenta al ser humano, con sus vicisitudes, en su contexto social y familiar.

El bienestar físico del paciente ha constituido el objetivo esencial de la práctica médica tradicional. De acuerdo con ese propósito, no siendo el enfermo depositario del saber necesario para curar la enfermedad, sus opiniones resultan indiferentes al momento de tomar las decisiones relativas a los medios curativos. Esta visión paternalista ha sido puesta en tela de juicio en la última mitad del presente siglo, como consecuencia de la trascendencia adquirida por los valores de la autonomía personal. La autodeterminación y la dignidad. A partir de estos cambios axiológicos se ha planteado la posibilidad de modificar los términos tradicionales de la relación clínica, de tal manera que el médico condicione su asistencia al consentimiento del paciente. De acuerdo con estos nuevos supuestos, nada impide que el enfermo tome decisiones que no conduzcan a su bienestar físico.

Mientras la ética tradicional se orienta hacia los resultados, la concepción autónoma considera que éstos sólo tienen una importancia relativa. Del principio general de libertad, emana el derecho específico de la autonomía del paciente que le permite tomar decisiones relativas a su salud. La posición autonomista aboga por el respeto de las decisiones personales incluso cuando se toman de manera imprudente o en perjuicio de la salud el principio de autonomía permanece incólume aun cuando la persona elige de manera consciente un camino que no conduce al beneficio de su mejor interés. Esto es lo que en filosofía se conoce como "voluntad débil".

La perspectiva paternalista tradicional objetiviza al paciente y subordina su libertad al aparato eficientista hospitalario, la efectividad del principio de autonomía esta ligada al consentimiento bien informado.

Al vincular la variable del consentimiento con el tipo de intervención, resultan cuatro situaciones cuya solución normativa demanda un análisis específico (intervención extraordinaria con o sin consentimiento e intervención ordinaria con o sin consentimiento). De todas ellas la que con mayor facilidad se presta a una respuesta es aquella que combina la capacidad para consentir con la intervención extraordinaria.

En tales circunstancias no parece haber dificultad en aceptar una concepción autonomista que condicione la acción médica a la manifestación volitiva del paciente.

Las anteriores apreciaciones resultan validas, porque cada quien, es libre de decidir si es o no el caso de recuperar su salud, si yo soy dueño de mi vida, a fortiori soy libre de cuidar o no de mi salud cuyo deterioro lleva a la muerte que, lícitamente, yo puedo infligirme (C-221 de 1994, M.P. Carlos Gaviria Díaz).

2.15 GARANTIAS INTERNAS SOBRE LA EUTANASIA EN ESPAÑA, LA REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA Y PORTUGUESA.

GARANTIAS INTERNAS

Los Estados no suelen tener en sus normas fundamentales una referencia especial acerca de la eutanasia. Tan solo algunos, muy pocos, regulan la eutanasia con cierta minuciosidad. En la mayoría, es la doctrina penal la que tiene que hacer esfuerzos de interpretación y equiparar, como ocurre en España, la eutanasia bien a la ayuda al suicidio, o bien al simple homicidio.

EN ESPAÑA

Sin embargo puede considerarse, en principio, prohibida la eutanasia en el sistema constitucional de los diversos países en la medida en que todos ellos se reconoce el derecho a la vida, que es el derecho conculcado con la acción de la eutanasia. Así, la Ley Fundamental de la Republica Federal Alemana (1949) en su artículo 2.2 dice que:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física...”

La constitución portuguesa de 1976, en su artículo 24 establece:

DERECHO A LA VIDA:

“1.- La vida humana es inviolable”.

El artículo 25 de la misma Constitución establece:

DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL:

“La integridad moral y física de los ciudadanos es inviolable. Nadie podrá ser sometido a tortura ni a tratos o penas crueles, degradantes o inhumanas”.

CAPITULO III

3.1 EL DERECHO Y EL DEBER JURIDICO ACTUAL FRENTE A LA EUTANASIA

En el año de recuerdo por los 50 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se vivió una situación paradójica. Hay un hervor en la opinión pública en torno al derecho a morir. Aquí, en España, no se para de discutir en torno a la trágica muerte de Ramón Sanpedro. Pero es un tema, si no universal, si muy difundido, con un corto pero intenso pasado y un inquietante futuro.

Se ha luchado primero al despenalizar el aborto. Ahora, mucha gente parece interesada, por asegurar el derecho a morir, en nombre de la compasión y de la autodeterminación, contra el derecho primario a la vida, del que dependen todos los demás seres humanos. Pero los derechos humanos no son en el fondo otra cosa que medios para acceder a las necesidades profundas de la vida, son los modos de ayudar a las aspiraciones de la vida buena.

En realidad, estamos en los preparativos de la batalla en torno al derecho a morir. Su desenlace es incierto. Si hiciéramos un recorrido por los textos legales vigentes, nos encontraríamos con que la inmensa mayoría de los países mantienen en sus Códigos Penales la prohibición, con la correspondiente penalización, de la eutanasia y homicidio por compasión y de la introducción y ayuda al suicidio. Entre esos textos legales figura, con penas muy dulcificadas

para la eutanasia y relativamente muy duras para la ayuda al suicidio, como lo es el reciente Código Penal Español de 1995.

Ese muro legal que se opone a la administración de la muerte al enfermo Terminal empieza a sufrir algunas fisuras, parece muy débil para contener toda la presión que los manipuladores de la opinión le están aplicando. Para empezar, están las normas Holandesas sobre decisiones medicas al final de la vida, normas que autorizan la eutanasia y la ayuda medica al suicidio, no en el Código Penal o en un texto legal de alto nivel, sino en una enmienda al oscuro reglamento de sepelios y cremaciones. En segundo lugar, la Ley del Estado de Oregon, votada en referéndum y que ya esta a punto de ser promulgada. Y después, otras cosas más: la anulada ley de Territorio del Norte de Australia, algunas sentencias judiciales en Japón, en algunos otros Estados de los USA, en Canadá. Y, curiosamente, el mandato del Tribunal Constitucional de Colombia al Parlamento de aquella Republica para despenalice ampliamente la eutanasia.

No faltan tampoco las decisiones legislativas y judiciales al mas alto nivel que se oponen a la eutanasia y a la ayuda medica al suicidio: la de la Cámara de lo Lores, de 1995; las sentencias de la Corte Suprema de los Estados Unidos que niega base constitucional a la ayuda al suicidio, de 1997.

Pero al plantearnos la pregunta mas general de si hay un derecho a morir, en el sentido afirmativo, de la doctrina de los derechos humanos, se puede deducir que hubiera uno, nuevo y libertario, que consistiera en la potestad de decidir cada uno su propia muerte en el lugar, en las circunstancias y por las razones que uno decidiera, en relación con la ética medica y el de los derechos de los pacientes. Porque estos, los derechos de los pacientes, son algo así como la modulación afinada de los derechos humanos aplicados a la peculiar situación del hombre enfermo que ha establecido una relación con otro hombre, el medico. Ser medico y ser paciente son dos modos cualificados de existencia humana.

Por tanto, la pregunta queda formulada así: ¿hay, en el contexto de la ética y de los derechos de los pacientes un derecho a morir? Se tiene la impresión de que la pregunta es muy interesante, pues es universal y, más temprano o mas tarde, a todos los seres humanos nos afecta. Y es muy oportuna.

Hay, al parece, una estrecha relación entre invocar el derecho a morir y estar gravemente enfermo, pues el derecho a morir es reclamado por la gente, o para gente, que está muy enferma o vitalmente muy depauperada: para quienes padecen dolores o sufrimientos insoportables, para los que están reducidos a una vida vegetativa o de demencia avanzada, para los que –como cuadripléjicos– dependen de otros de un modo que tienen por humillante, o por quienes simplemente están cansados de vivir, o con una vida tan inútil, triste o deprimida, que se suponen una carga muy molesta para los demás. Motivos, todos ellos, que, al parecer, tienen que ver con la medicina.

El problema, tiene unas importantes dimensiones sociales o, mejor, sociológicas, que lo complican y lo hacen difícil de tratar. Porque aquí nos topamos con la ética plebiscitaria. La mayor parte de las encuestas, dicen que la mayor parte de la gente opina que si la vida se le hace a uno demasiado miserable, dolorosa o insatisfactoria, uno tiene derecho a acabar con ella y a recibir, si fuera necesaria, la ayuda de un medico o, por lo menos, de un tercero a darse la muerte. Lo dice la gente, a bote pronto, respondiendo con una sonrisa de circunstancias y la mirada perdida a la pregunta de respuesta prefabricada que hace la encuestadora. En los resultados de los estudios sociométricos prevalece la opinión favorable a la despenalización de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio, con la excepción de los grupos de edad superior a 65 años. Esta opinión mayoritaria, presentada como éticamente válida, escamotea la necesidad de la reflexión ética seria, dispensa a la mayoría que así opina de la necesidad de cualquier fundamentación o justificación filosófica o jurídica: a la gente de ahora le gusta instalarse confortablemente en cualquier género de mayoría. Incluido el gobierno. En Madrid, el Senado, con su mayoría absoluta de entro-derecha, acordó crear una Comisión de Expertos para ayudar a los legisladores a redactar una Ley que consagre el derecho de cada uno a disponer de su propia vida: el procedimiento parlamentario se impone a lo moral sustantivo.

La idea, que tanto complace a las agencias de demoscopia, pues viven de crear mayorías y de halagarías, es que la opinión mayoritaria puede establecer lo que es bueno o malo, lo que debe ser consagrado por la ley, lo que es norma social de

conducta. Pero eso, que es tan eficaz en el juego político, es peligroso en el terreno de la ética. Se olvida la gente que ha habido y hay, e la historia de la humanidad, nomas legales o costumbres éticamente aberrantes que han gozado de apoyo popular masivo (como la esclavitud, el racismo, la xenofobia, la pena de muerte). Y que ha habido mayoritarios apoyos de la opinión publica a regímenes políticos que han violado los derechos de las minorías, y eso no muy lejos, ni el tiempo, ni en la distancia. La opinión publica o las decisiones parlamentarias no son ninguna cátedra de ética.

La situación del presente es, paradójicamente, esta: aunque, legislativamente, la pelota esta todavía en el tejado, esta claro que la tendencia dominante en la opinión publica es favorable a crear un derecho nuevo: el de exigir del medico la eutanasia o la ayuda al suicidio. Por tanto, todo es cuestión de aumentar la presión social para vencer la resistencia de los que oponen al progreso. La carga de la prueba no recae sobre los innovadores, respaldados por el masivo y pasivo apoyo popular que revelan las encuestas de opinión. La carga de la prueba recae sobre las minorías que sostienen que la legalización de la eutanasia y de la ayuda al suicidio. Que es el derecho a morir y que este es una idea que ha sido abrazada con entusiasmo por la pequeña oligarquía de intelectuales de moda, por los influyentes periodistas científicos que desde algunas revistas crean y difunden la opinión publica de la ciencia y la medicina, y por los que les siguen, porque promover la despenalización de la eutanasia y de la ayuda medica al suicidio, es propio –se dice- de los países avanzados y de las personas de ideas avanzadas de cualquier país; de los adoradores de la salud y del bienestar, de la calidad de vida y del poder; de los se han emancipado de la religión y se han liberado de Dios.

En Estados Unidos, las encuestas revelan con notable constancia que la legalización de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio recibe muy poco de los ancianos, los negros e hispanos, de los pobres y los que practican alguna religión y van a la iglesia: esto es, de los bienaventurados pobres de espíritu.

Es hora ya, de centrarnos en las preguntas básicas: ¿Puede darse un derecho a morir? O ¿Qué es un derecho en general? O ¿Qué son los derechos humanos?.

Nos limitaremos a recordar, porque es necesario hacerlo en este tiempo nuestro, tan posmoderno y exagerador de la autonomía, que los derechos legales o morales no son ni deseos, ni interés, ni capacidades ni necesidades. En el fondo, los derechos humanos se corresponden con las libertades fundamentales, tan incuestionables que, para ponerlas a seguro de cualquier interferencia o limitación, quedan constituidas en derecho inalienables de la persona. De ese modo, la dignidad de cada uno, incluidos los pobres y débiles, queda a salvo de la interferencia de los otros, incluidos los ricos y fuertes.

Ha sido necesario formular las cartas de derechos humanos y de derechos de los pacientes porque, históricamente, nunca la dignidad humana ha sido plenamente respetada. El núcleo de esa dignidad no está constituido por deseos, intereses, capacidades o necesidades: no podemos invocar un derecho de hacer o tener las cosas que nos gustaría hacer o tener, de estar sanos, de tener un empleo agradable, de ser sabios y guapos. Tenemos, e cambio, un derecho a que se respete nuestra vida, a ser tratados siempre como personas, a que no se nos limite la libertad de pensar, de practicar la religión, de asociarnos unos con otros, de expresar nuestras convicciones. Estos derechos están justificados porque protegen las libertades defendibles y razonables de cada uno en medida tal que crean en los demás el deber de respetarlos. El derecho legítimo de uno implica necesariamente la obligación de respeto en los otros.

¿Tengo realmente un derecho a la muerte? ¿Tengo un derecho a determinar el tiempo, el lugar y el modo de poner fin a mi vida, de ejecutar mi muerte, y, en consecuencia, de exigir a otros que respeten ese derecho mío, que no me impidan ejercerlo, incluso que me ayuden a cumplirlo cuando yo decida ejercerlo?.

Tomado al pie de la letra, derecho a morir vendría a significar un derecho, absurdo, a algo inevitable, pues la muerte es algo que todos tenemos por un mal. Se podría, sin embargo, hablar aceptablemente de derecho a morir en un contexto muy especial: cuando la muerte se presenta como un bien. Es el derecho a rechazar la medicina tecnificada fútil, el abuso terapéutico encarnizado, el propósito de alargar la precaria vida terminal a toda costa, aplicando tratamientos deliberadamente inútiles e irracionales, causantes de mucho dolor y de gastos

desmesurados. Y todo eso para mantener una vida extremadamente precaria o una mera apariencia de vida.

El único sentido aceptable de derecho a morir se refiere a este derecho a rechazar los tratamientos médicos inútiles, testarudamente obstinados y sin esperanza del ensañamiento terapéutico.

Por derecho a morir se entiende, en la dialéctica de los movimientos a favor de la eutanasia y de la ayuda al suicidio, en los movimientos del derecho a morir dignamente, no el noble derecho a elegir como vivir mientras a uno le llega la muerte, oponiéndose a la locura del abuso médico, sino el derecho a decidir autónomamente a las circunstancias de la propia muerte y a recibir la ayuda activa para realizarlo. Es el derecho a que le administren a uno la inyección letal, si uno así lo exigiera, o a que le entreguen una sobredosis de algún fármaco para auto-provocarse la muerte en el instante en que uno lo decida. Es no un derecho a morir, sino un derecho a exigir que otro sea el autor de un homicidio compasivo consentido, o a exigir de otro que colabore con eficacia al acto de suicidarse.

El argumento típico para este derecho a morir dice así: La persona que reclama el derecho a morir desea sinceramente poner término a su vida, o que alguien acabe con ella: por tanto, no el suicida ni quien elimina a esa persona cometen una injusticia, pues actúan por respeto a la dignidad de la vida, a la independencia y autonomía personal, y movidos de compasión por el que sufre. En este contexto, se admite que pueda haber una legítima y atendible petición de ayuda a morir por parte de quien sufre tanto dolor, o tanta incapacidad y tanta minusvalía, que considera que seguir viviendo es una tortura insoportable. Y se admite, en ese contexto, que puede hacer esa petición también el que prefiere morir a seguir viviendo cuando la vida se le antoja indigna a causa de la pérdida de autonomía e independencia; o el que no desea seguir siendo para los otros una carga financiera o emocional, pues no quiere, con su presencia menesterosa empañar la felicidad o la libertad de sus allegados; incluso quien simplemente desea ejercer su derecho a controlar alternativamente su propio destino, “en nuestro sentir el hombre es precisamente el exclusivo y absoluto titular de un derecho a morir”¹

En consecuencia, existe un derecho a morir de la persona, que se materializa en un mundo avanzado en el derecho a la eutanasia y a la ayuda médica al suicidio. Por ello, eutanasia y ayuda médica al suicidio deberían ser garantizados por la correspondiente legislación, pues solo así podrían ser exigidos y satisfechos sin dificultad.

¹Cfr. JIMENEZ DE ASUA Luis. "Libertad de Amar y Derecho a Morir". Ensayos de un criminalista sobre Eugenesia y Eutanasia. Editorial Depalma. Séptima edición. Buenos Aires Argentina. 1992 p. 156.

3.2 LA VIDA COMO DERECHO NATURAL, ANTERIOR AL CONTRATO SOCIAL.

LOS DERECHOS NATURALES

En su teoría, están relacionados con el Derecho natural racionalista y el contractualismo de los siglos XVI y XVIII. La legitimación del poder políticos nacido del pacto social se obtiene cuando se reconocen, defienden y protegen unos derechos naturales de origen pre-social y natural.

Esto lo defienden muchísimos autores:

- a)Grocio: Propiedad privada, matrimonio y tolerancia religiosa.
- b)Pufendorf: Igualdad, vida, integridad moral, libertad de conciencia y propiedad privada.
- c)Spinoza: Vida, integridad física, seguridad libertad de expresión.
- d)Hobbes: Vida, paz, seguridad y pleno desarrollo espiritual y material de los asociados-
- e)Locke: Libertad y propiedad.
- f)Rousseau): Vida, libertad y seguridad.
- g)Kant: Libertad lega, igualdad civil y autonomía.

Los derechos naturales aparecen en varios documentos históricos:

- A) Declaración de Derechos de Virginia (1996).
- B) Declaración de Independencia de USA (19776)-
- C) Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadanos (1989).

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DESDE LA REALIDAD.

ORIANA FALLACI

Hace aproximadamente un año le fue diagnosticado un cáncer. ¿Cuál es su estado actual de ánimo?.

En efecto, el año cuando fue operada de cáncer, enfermedad definida como incurable, enferma, mas de lo que el organismo puede soportar que a pesar de su amor por la vida, a pesar de la furia con que combatió el mal, a pesar de su esperanza de vivir lo mas posible, convivía con la idea de la muerte. No es que esa idea la haya neutralizado, lo aceptó hasta el punto de que su única preocupación era morir bien. Es decir, dignamente, como su padre, su madre y su hermana Neéra, todos muertos de cáncer. Pero la espera estaba, siempre patente en ella. En la nueva versión de Carta a un niño jamás nacido, en la que el libro, que está contenido en cuatro casetes, en el último capítulo del libro, narra la muerte de la mujer. Esta versión restituye el final de la frase “ahora también muerto yo”, en lugar de “quizá también muera yo...”²

El “doctor Muerte”³ se asoma lentamente al abismo de su propio suicidio. Jack Kevorkian, acusado de una veintena de casos de “muerte asistida”, ingreso en la unidad de vigilancia intensiva del hospital de Pontiac con fuertes dolores en el pecho, después de trece días sin ingerir alimento alguno.

Ayer, un tribunal de Michigan dictaminó la primera victoria del “Doctor Muerte” y decreto inconstitucional la ley que reprime la asistencia al suicidio en este Estado. Esta ley es la que condujo a Kevorkian tras las rejas... Decenas de manifestantes se congregaron, ante la ventana del hospital donde estaba ingresado con pancartas pidiendo su liberación y la aprobación del suicido asistido para enfermos terminales...”⁴

²Cfr. CHOCHINOV HMET AL: "Desirefor death In the Terminally Ill", Am. J. Psychiatry 152 (8): p. 1185-1191, 1995.

³Cfr. DIARIO DE XALAPA "En E.U. El Doctor de la Muerte Participo en veinte casos de Eutanasia". 27 de Noviembre de 1994.

⁴Cfr. DIARIO DE XALAPA "En E.U. El Doctor de la Muerte se le exonera de los veinte casos de Eutanasia". 06 de Abril de 1999.

3.4 EL DERECHO DEL ENFERMO EN LA ETAPA TERMINAL DE SU EXISTENCIA

ENUNCIADO DEL DERECHO.

No existe un reconocimiento explícito del derecho a morir dignamente en las principales declaraciones internacionales de Derechos Humanos. Ello se debe, entre otras razones a que es un derecho que ha surgido muy recientemente, como concreción o especificación del derecho a la vida, del derecho a la integridad psicofísica, y su consiguiente derecho a no recibir tratos inhumanos o desagradables, del derecho a la salud y del derecho a la asistencia sanitaria.

El derecho a morir dignamente resulta, en consecuencia, implícitamente reconocido a través del reconocimiento de los siguientes derechos:

A. EL DERECHO A LA VIDA:

Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todo individuo tiene derecho a la vida...”

Artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos Humanos: “Todo ser humano tiene derecho a la vida...”

Artículo 3.1 del Pacto Internacional de Derechos civiles y Políticos: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

Artículo 4.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho está protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

Artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos humanos: “El derecho de toda persona a la vida esta protegido por la ley...”

Artículo 2 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el Parlamento Europeo, en virtud de Resolución de 16 de mayo de 1989: “Todo individuo tiene derecho a la vida...”

B. EL DERECHO A LA SALUD

Artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”

Artículo 11 de la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...”

Artículo 11 de la Carta Social Europea. “Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: Eliminar en lo posible, las causas de una salud deficiente. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de la responsabilidad individual en lo concerniente a la misma...”

Artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia...”

Artículo 15 apartados 1, 2 y 3 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobadas por el Parlamento Europeo por Resolución de 16 de Mayo de 1989: “Toda persona tiene derecho a beneficiarse de todas las medidas que les permitan gozar del mejor estado de salud posible”.

“Los trabajadores, los independientes y sus derechohabientes tienen derecho a la seguridad social o aun sistema equivalente”.

“Toda persona que no disponga de recursos suficientes tiene derecho a la ayuda social y médica”.

C. DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

Artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a...la asistencia médica...”

Artículo 11 de la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre: “Toda persona tiene derecho a que su salud preservada por medidas

sanitarias y sociales, relativas a la asistencia medica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Articulo 15 apartados 2 y 3 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el Parlamento Europeo por Resoluciones de 16 de Mayo de 1989:

“2º. Los trabajadores, los independientes y sus der echohabientes tienen derecho a la seguridad social o aun sistema equivalente”.

“3º. Toda persona que no disponga de recursos suficientes tiene derecho a la ayuda social y medica”.

D. EL DERECHO A LA LIBERTAD

El articulo 1 de la Declaración Americana de derechos del Hombre establece que: “Todo ser humano tiene derecho a...la libertad”

El articulo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que: “Todo individuo tiene derecho a la libertad...”

El articulo 5 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, de 1950, establece que “Toda persona tiene derecho a la libertad...”

El Párrafo 1º del Preámbulo de la Convención suplementaria sobre la abolición de la esclavitud, la trata de esclavos y las instituciones y practicas análogas a la esclavitud, adoptada el 7 de Septiembre de 1956 por la Conferencia de Plenipotenciarios en el seno de las Naciones Unidas, establece que: “la libertad es un derecho innato de todo ser humano...”

El articulo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que: “Todo individuo tiene derecho a la libertad...”

El articulo 7.1 del Pacto de San José de Costa Rica reconoce que: “Toda persona tiene derecho a la libertad...”

El articulo 2 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada en virtud de la Resolución del Parlamento Europeo de 16 de Mayo de 1989, establece: “Todo individuo tiene derecho... a la libertad...”

El articulo 6 de la Carta Africana de los derechos del hombre y de los pueblos, de 1981 establece: “Todo individuo tiene derecho a la libertad... de su persona...”

E. EL DERECHO A LA SEGURIDAD PERSONAL

Artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos del Hombre: “Todo ser humano tiene derecho a... la seguridad de su persona”.

Artículo 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todo individuo tiene derecho a... la seguridad personal”.

Artículo 5.1 de la Convención Europea de Derechos Humanos: “toda persona tiene derecho a... la seguridad...”

Artículo 7.1 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, proclamada por la Asamblea general de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1963: “...Toda persona, sin distinción por motivo de raza, de color o de origen étnico, tiene derecho a la seguridad personal y a la protección del estado contra todo acto de violencia o atentado contra su integridad personal cometido por funcionarios públicos, o por cualquier individuo, grupo o institución”.

Artículo 5 letra b) de la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, del 1965: “...Los Estados Partes se comprometen... a garantizar el derecho de toda persona...”

b) El derecho a la seguridad personal y a la protección del estado contra todo acto de violencia o atentado contra la integridad personal cometido por funcionarios públicos o por cualquier individuo, grupo o institución”

Artículo 7 del Pacto de San José de Costa Rica: “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales”.

Artículo 2 de la Declaración de los derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el parlamento Europeo en virtud de Resolución de 16 de mayo de 1989: “Todo individuo tiene derecho a... la seguridad de su persona”.

Artículo 6 de la Carta Africana de los derechos del hombre y de los Pueblos, de 1981: “Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad de su persona”.

F. EL DERECHO A LA INTEGRIDAD PSICO-FISICA Y DE LA CONSIGUIENTE PROHIBICION DE TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. “Nadie será sometido a... tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Artículo 3 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales: “Nadie podrá ser sometido a... tratos inhumanos o degradantes”.

Artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: “Nadie será sometido a... tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: Derecho a la integridad personal: “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.

“Nadie debe ser sometido a... tratos crueles, inhumanos o degradantes...”

Artículo 16 de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes de 1984: “Todo Estado parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos... crueles, inhumanas o degradantes...”

3.5 LA EUTANASIA VOLUNTARIA Y PROYECTOS DE LEGALIZACION

El único precedente legal, -bueno, es hoy recordarlo-, de las iniciativas parlamentarias que pretenden actualmente, en algunos países de Europa y América, despenalizar la eutanasia en determinados supuestos.

La eutanasia, es “la terminación deliberada de la vida de un paciente en orden a prevenir posteriores sufrimientos. Es decir, se entiende como acción u omisión que por su naturaleza o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.⁵

Es bueno detenerse aquí; dado que el debate se plantea desde en equívocos y muchas veces con una terminología que oculta el verdadero carácter del acto. Así, conceptos como “derecho a disponer de la propia vida”, “derecho a una muerte digna”, “morir con dignidad”, ocultan el intento de dignificar el suicidio y la cooperación homicida con el suicida. El simplismo con que suele plantearse a la opinión pública un tema tan complejo, lleva a dudar del valor real de las abundantes encuestas a favor de la eutanasia que esgrimen sus partidarios, y

cuyo objetivo es crear la falsa imagen de una “amplia demanda social”. Como la terminología empleada es muy confusa, incluso para los entendidos, hay fundadas sospechas de que el encuestado contesta muchas preguntas tal como encuestador pretendía. Me pregunto si no estaremos ante una campaña de marketing tendiente a crear una opinión pública favorable, técnica que en países, llámense desarrollados ha, sido muy útil en las campañas pro-aborto.

⁵Cfr. PORTE PETIT CANDAUDAP Celestio, “Dogmática Sobre los Delitos Contra la Vida y la Salud Personal”. Estudio Comparativo con los Códigos Penales de las Entidades Federativas, Sexta edición. México, 1980.

Ahora, analicemos los argumentos esgrimidos para su legalización:

- 1) La primera es la razón de la libertad o autonomía: cada persona tendría derecho a controlar su cuerpo y su vida incluso su muerte.
- 2) La segunda, estima que la vida del paciente puede carecer de valor según criterios objetivos: dolores insoportables, estado terminal, como irreversible, senilidad avanzada, situación de grave postración física o psíquica. Aquí la elección del paciente puede ser una confirmación del juicio objetivo, pero en el caso de que no expresara su parecer el médico o los familiares pueden interpretar en vez del paciente su supuesto deseo de no permanecer vivo en tales condiciones.

Por tanto, lo que justifica aquí el homicidio por piedad no es la voluntad autónoma del paciente, sino el presunto amor compasivo del médico.

Estas actitudes corresponden a dos visiones de la ética médica muy difundidas actualmente: la escuela de la compasión y la escuela de la autonomía. A pesar de sus diferencias, ambas coinciden en negar que la medicina sea intrínsecamente una profesión moral con principios que puedan poner límites a lo que los médicos o enfermos consideran subjetivamente más conveniente.

Hoy en día es necesario afirmar, que la medicina no se opone al cese del tratamiento cuando solo sirve para prolongar la muerte, ni al uso de ciertas medicinas para aliviar el sufrimiento, aunque tengan como inevitable consecuencias abreviar la vida.

3.6 DEONTOLOGIA MEDICA Y RESPONSABILIDAD MEDICO-PENAL

RESPONSABILIDAD PENAL

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la eutanasia es siempre practicada por otras personas. Si es uno mismo el que se provoca la muerte se habla de suicidio. La eutanasia es, pues, un homicidio con unas características determinadas.

En el caso de la eutanasia directa (acción dirigida al acortamiento de la vida) existe siempre una responsabilidad jurídica penal. En los países occidentales la eutanasia directa es considerada como un homicidio, y no está legalizada, aunque se practica varios miles de veces al año en los Países Bajos, si es voluntaria y se cumplen otros requisitos, sin que el médico sea castigado.

El Código Penal prevé la pena de prisión mayor a todo aquel que ayude o induzca a alguien a suicidarse (6 a 12 años), y si la persona presta el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena sería de reclusión menor 12 a 20 años.

EUTANASIA Y DEONTOLOGIA MÉDICA

En todos los Códigos de Deontología Médica de la Historia, se indica al médico que su misión es siempre la de curar o aliviar a sus enfermos, pero nunca provocarles deliberadamente la muerte. El médico debe guardar el máximo respeto hacia la vida humana. Citamos a continuación algunos ejemplos:

En el juramento Hipocrático (460 a. c.) se dice de la siguiente manera: “Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso”.⁶

El Código Internacional de Deontología (Ginebra 1948; Sidney 1968. Adoptado por la OMS) traduce a un lenguaje actual las expresiones del Juramento Hipocrático, conservando el espíritu, de sus preceptos

En el párrafo nueve dice: “Guardare el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de su concepción”.⁷

Y más recientemente, se aprobó en Madrid la última declaración sobre la eutanasia en el transcurso de la última reunión de la Asamblea Médica Mundial.

⁶Cfr. DOCTORES VEGA GUTIERREZ J. Y MARTINEZ BAZA P. Eutanasia y deontología, “Código Internacional e Deontología Médica” Cap. XVII, Ginebra 1948, Sidney 1968, Adoptado por la OMS”

p. 63

⁷Ibid, p. 78.

En la misma semana que “la eutanasia, es decir el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”.

El vigente código de Deontología Médica, en su Capítulo XVII Del respeto a la Vida, en su Art. 116 dice: “El médico está obligado a poner los medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos. No provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo, la familia, o ambos, lo soliciten, ni por otras exigencias”.

Este precepto está, lógicamente, encuadrado dentro del conjunto de la deontología médica, pero hay que estudiarlo. En efecto, hoy no se puede hablar de ética de la eutanasia sin hacer referencia a la del enseñamiento terapéutico.

Con la misma energía con la que el artículo 116 condena la eutanasia, el artículo 117 rechaza el enseñamiento terapéutico, al obstinarse inútilmente en dar la vuelta a una situación irreversible. Lo hace con estas palabras: “En caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando haya la evidencia de que estas medidas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte debe evitarse toda obstinación terapéutica inútil. El Médico favorecerá y velará por el derecho a una muerte acorde con el respeto a los valores de la condición humana.

Por tanto, el médico debe, en primer lugar, emplear con competencia todos sus recursos. Ha de prevenir el que se produzca daños o situaciones que deterioren el curso clínico, disminuyan la calidad de vida o la pongan en peligro. Ha de tratar con competencia la enfermedad, evitar hacer daño con errores de diagnóstico o terapéuticos, ha de ser experto en el alivio del sufrimiento, ya tome la forma de dolor o de incapacidad. Se esforzará en crear un ambiente de serenidad entre los familiares del enfermo, que a veces, están tan necesitados de atención como el propio paciente.

Hoy, por fortuna, tiene el médico recursos muy eficaces para hacerlo. Necesita formación científica, sensibilidad humana y tiempo.

El dramatismo con que se presentan a veces los casos de eutanasia, se debe a que el medico o anda corto de recursos humanos y profesionales, o no tiene tiempo, paradójicamente, para atender a lo mas importante.

La muerte deliberada nunca podrá ser considerada como un remedio genuinamente medico de ninguna situación clínica.

3.7 ACTUAL DISCUSION SOBRE LA EUTANASIA.

El debate actual se da entre los partidarios de legalizar la eutanasia voluntaria, o en algunos casos no voluntaria (recién nacidos malformados por ejemplo), y que no ven diferencias significativas entre sus formas activa o pasiva, directa o indirecta, y quienes se oponen a tal legalización, aceptando estos solo la abstención del uso de medios terapéuticos desproporcionados y la aplicación del principio del doble efecto, situaciones para las cuales proponen no usar el termino de eutanasia.

Los argumentos a favor de permitir la eutanasia (voluntaria, activa, directa) se basan en la compasión, considerando cruel rehusarse a librar al enfermo incurable de una situación de padecimientos e indignidad, y en la primacía de la autonomía del paciente, en el respeto a su autodeterminación, reconociéndole el derecho a decidir cuando abandonar la lucha por la vida cuando esta implica sufrimiento que el no puede afrontar y que la medicina no puede suprimir o aliviar.

En oposición a la legalización de la eutanasia, se argumenta que la vida humana es un valor superior, cuyo respeto posibilita la convivencia social, y que la finalidad constitutiva de la medicina es precisamente ese respeto, siendo completamente ajeno a ella el acto de matar. Al autorizar la eutanasia se cambiara radicalmente la relación medico-paciente, creando en la sociedad una desconfianza hacia los profesionales de la salud, y se desmotivaran los esfuerzos para progresar en los cuidados paliativos o en la búsqueda de terapia eficaces para las enfermedades que hoy en día se consideran incurables.

Dentro del Programa de Actividades Académicas del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derecho, ha convocado a este Debate sobre Eutanasia.

El Dr. Diego Valadés: en las diversas reuniones que ha sostenido como titular del Instituto de Investigaciones Jurídicas, se ha apreciado su enorme preocupación por los temas jurídicos de la vida contemporánea y la convivencia de que esta dependencia universitaria participe en la solución o propuestas alternativas para un mejor entendimiento de la sociedad de la legislación en la sociedad mexicana y no en un mundo hipotético.

La Eutanasia ha sido un tema recurrente, hoy la cuestión eutanásica esta abierta a la sociedad; si bien hay sociedades que carecen de un sistema de salud que abarque a todos sus ciudadanos, hay otras que están en vías de atenuar el problema no resuelto que plantea el modo de ayudar a los enfermos que desean morir sin pone en peligro a los que no lo desean.

Los supuestos beneficios que implicarían la despenalización de la Eutanasia, la reafirmación de la autonomía del individuo aun cuando existen opiniones en que la pura noción de autonomía individual no es suficiente justificación para la legalización de la Eutanasia; ciertamente la autonomía es generalmente respetada por el derecho, y frecuentemente se ve limitada por las normas jurídicas impuestas en aras del bien común de la sociedad; tal es el caso de la Eutanasia.

Algunas personas piensan que la liberación del dolor y otros sufrimientos justifican la despenalización. En respuesta a este planteamiento, se ha preguntado ¿Cuántas personas en vías de morir en etapa terminal existen? ¿Qué proporción de ellos requieren del auxilio o suicidio asistido? ¿Cuántos de ellos desean la Eutanasia? ¿Son los 2.5 millones de americanos que fallecen cada año en Estados Unidos; o los cerca de 450 mil personas que mueren en México en donde las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus y los accidentes representan el 50% del total de fallecimientos y que para algunos autores son el perfil de la patología que lleva a enfermedad terminal y Eutanasia, con excepción de aquellas muertes repentinas y agudas?.

Ezekiel Emanuel, en abril de 1999, al referir a la inequidad distributiva y, la Eutanasia señalaba; “La presión para legalizar la Eutanasia en Estados Unidos viene de personas educadas, con recursos financieros; las encuestas muestran consistentemente que los que apoyan la Eutanasia tienden a una situación

financiera adecuada, con estudios de posgrado, blancos, no religiosos, alrededor de 65 años (que irónico que esta descripción socio-demográfica se ajuste a algunos jueces federales, como a filósofos y otros académicos).

En decir personas que ocupan posiciones de autoridad en la sociedad. Por otro lado las encuestas señalan que los pobres, afroamericanos, ancianos tienden a oponerse porque se saben una población vulnerable.

En este debate es preciso saber cual es la razón por la que antes no se había legalmente Eutanasia y ahora la hay, veamos los 20 años de seria y formal experiencia de los Países Bajos; en su análisis si existe una nueva relación entre la moral y la religión personal y el derecho de sociedades pluralistas. ¿Nos encontramos en una etapa de desvalorización de la vida cuando menos desde el punto de vista ideológicos? ¿En el marco de la libertad y de la autonomía humana hemos rebasado el motivo de piedad ante el sufrimiento del enfermo moribundo?.

¿Es la autonomía del individuo el contrapeso que se ejerce ante aquella arrogancia de algunos médicos que imiten la indicación de “no resucitación” al resto del equipo medico hospitalario?-

Es claro que las normas jurídicas son fundamentalmente impuestas en aras del bien común de la sociedad. En el caso del enfermo terminal el usar el poder de su voluntad no es lo problemático, sino el pretender transferir ese poder a las manos de otros (Pérez Valera).

Por otro lado, y con base en los modernos sistemas gerenciales que administraban los servicios de salud, debemos tener presente que cuando la relación medico-paciente se convierte en relación sistema-paciente, el enfermo se convierte de persona humana en ente, regido por normas masificadas y en consecuencia el enfermo o el anciano viven situaciones difíciles y penosas cuya dignidad y derecho están amenazados en entredicho. En el caso que la dignidad humana sea minada o alevosamente destruida por la dependencia de otros, debilidad o enfermedad terminal se hace necesario rescatar el proceso de morir, ¿En esas situaciones degradantes el recurso es la Eutanasia?. Por supuesto, para muchos cualquier definición de autonomía no es valida para sustentar la Eutanasia.

¿Eutanasia implica muerte tranquila y sin dolor con fines liberadores de padecimientos intolerables y son remedio a petición del sujeto; o es el objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital que incluye a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales?.

Una vez más, ¿Quién o quienes se benefician al despenalizar la Eutanasia?.

Los 3000 o 3200 personas que en 1998 o 1999 a quienes se practico la eutanasia en Holanda, o la buena muerte de 2.3 millones de americanos que fallecen anualmente, o bien los cerca de 450,000 mexicanos que fallecen cada año.

3.8 LA EUTANASIA VOLUNTARIA, PROYECTOS EN LEGISLACIÓN

SE APRUEBA EL SUICIDIO ASISTIDO TRIBUNAL DE APELACIONES DE EE.UU.

El 6 de marzo de 1996 el Tribunal de Apelaciones del Noveno Circuito de San Francisco, California, rechazo una ley del Estado de Washington que prohibía el suicidio asistido llevado a cabo por médicos, convirtiéndose así en el primer tribunal del país que le otorga a adultos mortales enfermos y mentalmente competentes, el derecho constitucional a pedir ayuda medica para suicidarse. Esta espantosa decisión no afecta solamente a California y Washington, sino también a otros siete estados; sobre los cuales dicho tribunal tiene jurisdicción. De hecho y como dijo el Cardenal Bernard F. Law de Boston, presidente del Comité pro vida de la Conferencia de Obispos de los EE.UU.:

“Esta ley allana el camino para que se implemente la cultura de la muerte”.⁸ Esto se corrobora por el hecho de que esta decisión puede ser citada en argumentos jurídicos en otros tribunales e la nación, a pesar de que se supone que solo afecta a la región occidental del país. Además, y como han argumentado lucidamente muchos dirigentes pro vida, el texto de la ley de paso a la eliminación involuntaria de cualquier paciente cuyo problema físico o psicológico no pueda ser aliviado significativamente.

La macabra decisión también fue criticada duramente por el propio presidente de la American Medical Association’s Task Force on Quality Care at the End of Life(la Fuerza de Trabajo de Cuidados Médicos al final de la Vida de la Asociación

Medica de EE.UU.), el Dr. Thomas Reardon; quien declaro que dicha legislación “es fundamentalmente incompatible con la ética y la fundación del medico de brindar cuidados y de curar”. Y añadió que a pesar de lo que diga el tribunal “el medico que causa intencionalmente la muerte de un paciente ha faltado a la ética”. En vez de ofrecerle solidaridad y remedios paliativos al enfermo sufriente, el tribunal lo ha abandonado a merced de aquellos que estaña favor de la falsa “solución” de la eutanasia.

No se hizo esperar tampoco la reacción favorable del Dr. Jack Kevorkian, quien ya ha ayudado a suicidarse a mas de 100 personas y a quien precisamente dos días después de la decisión ya mencionada, un tribunal del Estado de Michigan, de donde proviene el “doctor de la muerte”, lo exoneró, por segunda vez, de dos cargos de suicidio asistido presentados contra él en 1993. El Dr. Kevorkian está planeando instalar una clínica para el suicidio asistido en California, para lo cual ya cuenta con dos cuantiosos donativos. Uno de ellos, de \$50.000.00 Dls, que provino del testamento de una mujer en Chicago, que estaba de acuerdo con la practica de Kevorkian.

⁸Op. Cit. DOCTORES VEGA GUTIERREZ J. Y MARTINEZ BAZA P. Eutanasia y deontología, “Código Internacional de Deontología Medica” Cap. XVII, Ginebra1948, Sydney 1968, Adoptado por la OMS*.

El otro, de \$20.000.00Dls fue otorgado por el cineasta retirado Kurt Simon, que premio a Kevorkian por su búsqueda de la libertad individual. Según han informado los medios televisivos, Kevorkian está planeando también donar los órganos de las personas a quien el ayuda a matarse. Parece que no esta satisfecho con su necrofilia (amor a la muerte) y quiere también satisfacer su avaricia.

Lo más significativo de la decisión de la Corte de San Francisco es el hecho de que muestra la conexión entre el aborto y la eutanasia, al intentar justificar ambos crímenes precisamente bajo un falso y exagerado entendimiento de la libertad individual. En efecto, en el fondo de la decisión esta la cuestión de si la Constitución de EE. UU. protege el derecho a morir, el cual es comparable al derecho a decidir practicarse un aborto, que el Tribunal Supremo de la Nación legalizó a nivel nacional en 1973.

El 22 de enero de 1973, el Tribunal Supremo de EE. UU., en los fallos Roe V. Wade y Doe V. Bolton, legalizó el aborto a petición durante los nueve meses del embarazo. Es importante señalar, sin embargo, que la decisión del Tribunal no se basó en el argumento de que el niño no nacido no es un ser humano en el sentido biológico. El tribunal, tal como lo ha admitido, estaba completamente consciente de los hechos bien conocidos del desarrollo del feto... El fallo del Tribunal se basó más bien en un criterio de calidad de vida: el niño no nacido no es una persona en el sentido significativo o pleno, dijeron los jueces. El tribunal no llegó a la conclusión de que la personalidad significativa o plena comience en el momento del nacimiento, dijo simplemente que no comienza antes de ese momento. La distinción es muy importante, porque semejante definición, tan vaga e imprecisa por parte del Tribunal, representa un precedente constitucional para deshumanizar otros segmentos de la humanidad, definiendo sus vidas como carentes de significado o incompletas.

Esto es exactamente lo que ha estado ocurriendo. La legalización del aborto ha traído también el infanticidio y la eutanasia. En efecto, ya en los años 70 ciertas personalidades importantes en los campos de la medicina y de las leyes especulaban sobre la posibilidad de retrasar la personería legal más allá del nacimiento. Por ejemplo, en mayo de 1973 a solo cuatro meses después de la legalización del aborto, el Dr. James Watson, científico ganador del premio Nobel, afirmaba que se debería tomar en consideración la idea de privar de su personería legal al recién nacido hasta tres días después del nacimiento. Los padres que sospechaban anomalías fetales pueden abortar legalmente, señalo; pero la mayor parte de los defectos de nacimiento no son descubiertos hasta el momento mismo del nacimiento.

Pero la mentalidad anti-vida generada por la legalización del aborto no se ha quedado a nivel de la especulación. Desafortunadamente ha pasado a la práctica. Estamos dentro de una ola de infanticidio y eutanasia.

Con respecto al infanticidio, en 1982 en Bloomington, Estado de Indiana, se dio el famoso caso de "Baby Doe", un niño que nació con mongolismo y que el hospital dejó morir de hambre a petición de sus padres, a pesar de varias ofertas de

adopción por parte de parejas interesadas. Seguramente existen mas casos como estos, pues en esa misma década la cadena de televisión CNN produjo tres programas acerca de bebés nacidos con graves defectos que fueron abandonados a suerte por parte de un hospital del Estado de Oklahoma. En 1992 tuvo lugar el caso de "Baby Theresa", En Fort Lauderdale, Estado de la Florida: niña que nació anencefálica, a quien le querían extirpar los órganos antes de morir.

Con respecto a la eutanasia, se les están retirando el agua y los alimentos a personas en estado comatoso o semicomatoso, como en el famoso caso de Nancy Cruzan, quien murió de hambre y sed, en diciembre de 1990, unos diez días después de habersele retirado el agua y la alimentación que se le administraban por un tubo. El caso de Nancy no es el único, pero si uno que ha logrado la atención del público a nivel nacional. Algunas personas en el movimiento a favor de la vida, han comentado que el caso de Cruzan podría ser para la eutanasia lo que el fallo Roe V. Wade fue para el aborto.

Es importante también darse cuenta de que existen alrededor de 32 grupos a favor de la eutanasia en el mundo, organizados en una federación. Cuatro de estos grupos se encuentran en EE.UU. uno de ellos es la Sociedad Hemlock, cuyo fundador, Dereck Humphrey, publicó un libro en 1991 titulado Final Exit ("La última salida"), en el cual explica las diferentes maneras en que uno puede matarse a uno mismo sin dolor. Estos grupos a favor de la eutanasia han tratado de legalizar este crimen de diferentes maneras en EE.UU. y en otros países. Una de esas maneras han sido los "living wills" ("testamentos en vida"), unos ambiguos documentos en los cuales el paciente pide que, en caso de quedar incompetente, se le retiren medios extraordinarios de conservación de la vida. El problema es que el término extraordinario, queda sin definir. Estas y otras ambigüedades se prestan para el abuso por parte del personal médico que esté a favor de la eutanasia.

Otra estrategia del movimiento a favor de la eutanasia para legalizar este crimen es la de proponer leyes de ayuda para morir o suicidio asistido. Proyectos de leyes de este tipo habían sido rechazados por muy poco margen en los Estados de California y Washington. De haber sido aprobadas, dichas leyes les permiten a

adultos competentes, el poder pedir que se les suministren inyecciones letales, en caso de ser diagnosticados como enfermos de muerte; es decir, si bajo juicio medico, les quedasen unos seis meses de vida. El proyecto de ley de suicidio asistido que se había presentado en el Estado de Washington era mas liberal que las leyes que existen en Holanda, donde miles de pacientes han sido victimas de la eutanasia con y sin su consentimiento. La decisión del Tribunal de Apelaciones de San Francisco ha llegado mas lejos al aprobar esta abominable practica.

No cabe la menos duda, la mentalidad anti-vida generada por la legalización y la practica diseminada del aborto ha dado lugar al infanticidio (eutanasia de niños), al suicidio asistido y a la eutanasia. Una vez que se le pierde el respeto a la vida humana por nacer, por medio de una falta exaltación de la libertad individual, esta lógica de la muerte conduce también a la falta de respeto por la vida humana después de nacer, sobre todo si esta vida humana es vilmente considerada como carente de significado o incompleta.

TRIBUNAL DE APELACIONES DE NUEVA YORK TAMBIEN LEGALIZA EL SUICIDIO ASISTIDO.

En menos de un mes después de que el Tribunal de Apelaciones de San Francisco legalizara el suicidio asistido, otro tribunal de apelaciones en Nueva York también aprobó el 2 de abril de 1996, este monstruoso crimen. La Asociación Medica de EE.UU. critico la decisión diciendo que el pedirle a un medico que colabore en un suicidio, transforma a los instrumentos de la medicina en instrumentos de muerte.

APRUEBAN EL SUICIDIO ASISTIDO DE OREGON, EE.UU.

El 8 de noviembre de 1994, los habitantes del Estado de Oregon aprobaron, por votación de 51% a 49%, la primera ley en favor de la eutanasia en la historia y en todo el mundo. La ley les permite a los médicos recetarles fármacos letales a los pacientes desahuciados que se espera que tengan menos de 6 meses de vida, para que puedan suicidarse. Dichos pacientes deben expresar por escrito su deseo de que le administren el fatal fármaco. El 8 de diciembre de ese año, un

juez federal emitió una orden temporal que impide que la nueva ley entre en vigor. Sin embargo, un abogado que trabaja con la Unión Americana por las Libertades Civiles (ACLU), dijo que le pediría al juez escuchar los argumentos de dos pacientes desahuciados y de un medico que están a favor del suicidio asistido. Uno de los factores más importantes en la legalización de este crimen contra la humanidad, fue la persistente campaña de la Sociedad Hemlock, uno de los principales grupos de EE.UU. y del mundo a favor de la eutanasia. El otro factor lo constituyo la Asociación Médica de Oregon, la cual rehusó tomar postura con respecto al suicidio asistido, a pesar de la oposición de la Asociación de Medicina de EE.UU.

EMPEORA LA SITUACIÓN EN OREGON CON RESPECTO AL SUICIDIO ASISTIDO

A pesar de la oposición local y de las políticas contrarias el suicidio asistido de otros estados, el Estado de Oregon ha tomado más medidas para institucionalizar este crimen.

El 26 de febrero de 1998, la Comisión de Servicios de Salud de Oregon (Oregon Health Services Commission) voto por margen de 10 a 1 a favor de que se añadiese el suicidio asistido a la lista de tratamientos de prioridad que se le proporciona a los pacientes que reciben ayuda económica del gobierno para el cuidado de su salud (Medicaid) bajo el Plan de Salud de Oregon (Oregon Heal Plan). Esto implica que se otorgarán fondos para el suministro de fármacos letales como parte integral del cuidado para el confort. Dicho cuidado ocupa el lugar número 260 en una lista de 745 servicios prioritarios.

A pesar de que la ley federal (es decir, a nivel nacional) prohíbe el uso de los fondos del Medicaid para el suicidio asistido y para gastos relacionados con él, así como para cualquier conjunto de beneficios que lo incluya, la Comisión dijo que podría integrar la practica de este crimen en su plan de salud, siempre y cuando dicho servicio sea pagado solamente con fondos del Estado de Oregon.

La Comisión también dijo que el negar fondos públicos para el suicidio asistido constituirá una discriminación hacia los pobres en un estado donde la práctica es

legal. Sin embargo, esta infame postura fue desafiada por parte de distintas entidades. Nadie que representara a las personas de bajos recursos de Oregon ni aquellos que les prestan servicios testificaron a favor del suministro de fondos públicos para eliminar a los pobres por medio del suicidio asistido. Al contrario, grupos como las Caridades Catolicas (Catholic Charities) y la Asociación de Trabajadores de Temporada del Noreste (Northwest Seasonal Workers Association), testificaron en contra de la criminal propuesta. En la sección de opiniones de la edición del 15 de marzo de 1998 del diario de mayor tirada de este estado, The Oregonian, el Arzobispo John Vlazny de Portland y el Sr. Robert J. Castagna de la Conferencia Católica de Oregon preguntaron: ¿Qué podría ser mas discriminatorio contra los pobres, quienes dependen de un programa de salud publica, que sugerirles que el publico está dispuesto a pagar para que mueran en vez de pagar para que continúen recibiendo atención medica?" Aun el propio Ron Adkins, activista en pro del suicidio asistido y esposo de la primera mujer que el Dr. Jack Kevorkian ayudo a matarse, estuvo en contra de lo propuesto por la Comision: Muchos ciudadanos de Oregon creen que cualquier forma de suicidio es moralmente mala. Obligarlos a pagar por la elección (de suicidio asistido) a la de otro, también está mal.

Sin embargo, a pesar de la oposición, la institucionalización del suicidio asistido en Oregon ha continuado. El Centro para la Ética del Cuidado de la Salud (Center for Ethics in Health Care) de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon (Oregon Health Sciences University) ha publicado una guía, para los profesionales de la salud con respecto al suicidio asistido que se titula The Oregon Death With Dignity Act: A Guidebook for Health Care Providers (El acta para la muerte con dignidad de Oregon: Un manual para los proveedores del cuidado de la salud). Además de esta guía, seis expertos en salud de ese estado planean viajar a Holanda para llevar a cabo consultas sobre como continuar con la institucionalización del suicidio asistido en Oregon. Como se sabe, en Holanda se matan cada año a miles de personas por medio de la eutanasia y del suicidio asistido. Los promotores de estos crímenes de Oregon quieren importar la experiencia holandesa a tierras estadounidenses.

El 25 de marzo de 1998 el grupo llamado Compasión en el Morir (Compassion in Dying) anunció que una octogenaria mujer con cáncer de mama se había convertido en la primera persona en morir a consecuencia de una sobredosis de un fármaco recetado por un médico según la ley de Oregon. Se informó también que el médico de cabecera de la señora se había negado a recetarle fármacos letales y que un segundo médico que ella consultó le dijo que su petición suicida se debía a la depresión que estaba sufriendo.

Sin embargo, Faye Girsh, directora ejecutiva de la Sociedad Hemlock de EE. UU., uno de los principales grupos a favor de la eutanasia de EE. UU. lo calificó como un momento histórico.

Sin embargo, muy pronto se cuestionó el hecho de que esta mujer, cuyo nombre no ha dado a conocer, fuese la primera víctima de la ley de Oregon de suicidio asistido. Otra mujer no identificada informó por teléfono a la prensa que un familiar cercano suyo que sufría cáncer había muerto también a causa del suicidio asistido antes del 25 de marzo. El médico que ayudó a esta otra persona a matarse fue proporcionado por la filial de Oregon de la Sociedad Hemlock. Como ninguna de esas dos familias querían recibir más publicidad y como los funcionarios del estado se han comprometido a mantener la confidencialidad en estos casos, solo se pudieron conocer los detalles que los grupos en pro de la eutanasia han elegido informar. Este hecho ha provocado nuevas exigencias de más responsabilidad hacia los casos de suicidio asistido. Sin embargo, Barbara Coombs Lee del grupo ya mencionado, Compasión en el Morir, ha rechazado la exigencia del escrutinio público diciendo: El público no merece saber nada excepto el hecho de que hay una ley (de suicidio asistido) disponible y que se están siguiendo las reglas.

3.9 RAZONES DE UN CAMBIO DE PERSPECTIVAS

El fundamento de este derecho no hay que buscarlo como una antítesis del derecho a la vida, sino precisamente como corolario de éste.

El derecho a la vida es el primero de entre los Derechos Humanos y, como derecho humano que es, su fundamento está en la dignidad humana. La propia dignidad humana determina los contenidos y la extensión de derechos

fundamentales. Por ello, evidentemente, será la propia dignidad humana la que determine los contenidos y límites del derecho a la vida.

El derecho a la vida significa el derecho a una vida biológicamente (biomoralmente) digna. Esto es, una vida de una cierta calidad, y no una vida como un simple soporte físico para el sufrimiento físico y moral. Una vida con unas ciertas potencialidades biológicas y con capacidad para sostenerse sin necesidad de apoyo externo concomitante, permanente, cada vez más agresivo y no recompensado por resultado beneficioso alguno.

3.10 ORIGEN Y EVOLUCION HISTORICA.

Aunque la opinión de que la eutanasia es moralmente permisible se encuentra ya en Sócrates, Platon y los Estoicos, es en el siglo XX cuando la polémica adquiere mayor fuerza. La razón la podemos encontrar en el avance tan enorme que han sufrido las llamadas Tecnologías, aplicadas a las Ciencias, y que han originado, como es evidente, una gran transformación en el pensamiento humano. El uso de alta tecnología utilizada en el campo de la medicina ha incrementado la esperanza y la calidad de vida en pacientes que, o mucho tiempo atrás, hubieran perdido toda posibilidad de vivir.

Sin embargo, toda espada tiene su doble filo. Unido a este incremento en las expectativas de vida, aparece también la triste realidad de la situación de muchos enfermos de vida, aparece también la triste realidad de la situación de muchos enfermos que son obligados a vivir en condiciones dramáticas. Enfermos terminales unidos a tubos, maquinas y enchufes, sometidos a tratamientos químicos a veces inútiles y vejatorios, han revitalizado la polémica. Es, en este contexto, donde el derecho a una muerte digna adquiere su sentido.

3.11 GARANTIAS JURIDICAS NO INSTITUCIONALES

Es importante la labor llevada a cabo por diversas organizaciones no gubernamentales y sociales de defensa de los Derechos Humanos. En todos los países existen asociaciones que, cada vez con mayor fuerza, solicitan que la ayuda a morir de forma indolora a quienes así lo hayan solicitado de manera

expresa desde su plena capacidad jurídica y debidamente informados de su estado clínico, debería estar contemplado en los códigos penales de las Naciones como un derecho inviolable de la persona. Así, en 1935, G. Killick Millard fundó la “Voluntary Euthanasia Legislation Society”, más tarde llamada “Euthanasia Society”, que puede considerarse como uno de los primeros movimientos organizados a favor de la legalización de la eutanasia.

3.12 CONSIDERACIONES FINALES

En nuestro país la eutanasia es un delito castigado por la ley. Sin embargo, tomando como ejemplo el caso Holandés, Oregon, EE.UU. y las consideraciones relativas a los casos de intenso sufrimiento, irreversibilidad del proceso de la enfermedad, petición consciente del enfermo, asesoramiento científico y desempeño técnico, algunas personas plantean la posibilidad de analizar de nuevo la posibilidad de terminar con la miseria de algunas vidas sin esperanza de ninguna clase y considerar el grupo de personas que permanecen en una especie de prisión vital y para quienes la muerte es apenas un piadoso alivio al sufrimiento de vivir.

Aunado a esto se encuentra la polémica por la donación de órganos, en la cual la demanda es ya cuestión de alarma pública en casi todos los países del mundo, ya que la demanda sobrepasa a una oferta, la cual no está muy clara agravando con esto el de por sí ya alarmante problema de tráfico de órganos, el cual se presta a malos manejos corrupción y malintencionados procedimientos para obtener este fin, afectando directamente la legalidad y seguridad de las instituciones de salud pública, estas de por sí ya gozan de una mala reputación, al menos en nuestro país.

3.13 REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La eutanasia voluntaria plantea problemas éticos y legales de difícil solución. Porque aun admitiendo que el sufrimiento fuera tan intenso que se viera necesaria la aplicación de la eutanasia, evitando lo que se ha llamado en algunas ocasiones el ensañamiento terapéutico.

Por otra parte, hay que aceptar como insoslayable el hecho de que los recursos (humanos y materiales) que poseemos son escasos y las necesidades muchas. No es posible por tanto aplicar todos los medios a todas las personas. En el caso de la eutanasia es necesario muchas veces reflexionar sobre el coste del tratamiento que se le puede dar a una persona en relación con el resultado que previsiblemente va a obtenerse, antes de optar por su aplicación. Como guía mas o menos objetivable suele distinguirse entre medios (o tratamientos) proporcionados y medios desproporcionados. Ambas categorías tienen en cuenta no solo el coste, sino también la situación del paciente, las implicaciones sociales, etc.. Se dice así que la utilización de medios proporcionados es siempre necesaria, mientras que la de medios desproporcionados es prescindible. Basta decir ahora que la distinción dista mucho de ser clara y las mas de las veces son los familiares del enfermo, y sobre todo los médicos, los que toman las decisiones. Algunos de los muchos argumentos a favor de la eutanasia voluntaria pueden ser los siguientes:

El principio de respeto a la libertad del individuo nos impone que permitamos a los sujetos racionales que vivan su propia vida de acuerdo con su decisión, libre de coerción o interferencia, incluso también en el caso que decidan morir. El derecho a morir es, desde este punto de vista, uno de los derechos más elementales de la persona, que debería ser respetado ética y jurídicamente por los países que defienden los Derechos Humanos.

La aplicación de la eutanasia es legitima porque la intencionalidad para ayudar a morir es poner termino al sufrimiento o a la degradación, y no para provocar un daño irreparable al individuo. Derecho que, por otra parte, se le concede a los animales que, en las mismas circunstancias, se les inyecta alguna sustancia que acabe con su vida de una manera indolora y dulce.

Es característica esencial de un derecho que uno pueda renunciar a él si lo desea. Cuando un ser humano, consciente de las consecuencias y conocedor de los motivos que le impulsan a tomar esa decisión, solicita que le sea aplicada la eutanasia, está voluntariamente renunciando a otro derecho, el de la vida, y ésta elección debe, por lo tanto, respetarse.

3.14 EDUCACIÓN SOBRE EL DERECHO

Para la educación sobre este derecho en el ámbito escolar se proponen dos tipos de estrategias: la exposición de casos prácticos y testimoniales reales, el estudio, análisis y preparación de testamentos vitales.

Mediante los casos prácticos (preferentemente reales), se pretende conseguir varios objetivos. En primer lugar, sensibilizar sobre la problemática del final de la vida desde el punto de vista de los Derechos Humanos. Este es un terreno relativamente novedoso, y es importante que la necesidad de tratar el derecho a morir con dignidad sea percibida por los estudiantes y asumida con naturalidad.

En segundo término, la exposición de casos prácticos permitirá comprender:

La importancia de conocer perfectamente los hechos biológicos, para poder formular un juicio válido. No existen dos casos en el que la totalidad de tales hechos sean iguales.

La necesidad de conocer y comprender los hechos no biológicos, como los valores y creencias del paciente, sus relaciones de familia y el papel de esta en su vida y las diferentes actitudes dentro del seno familiar.

La exposición de casos prácticos permitirá comprender mejor los sentimientos, razones y valores que pueden animar en cada caso a las partes implicadas e las decisiones sobre el final de la vida. Esas razones, sentimientos y valores van referidos:

A la familia, en la que suele imperar el deseo apremiante de que termine el sufrimiento y la degradación de un ser querido por el que nada puede hacerse. Otras veces es la propia familia la que se opone a la suspensión del tratamiento a causa de los muy humanos sentimientos de dolor ante la pérdida de un ser querido, o se niegan a admitir una muerte irremediabilmente inminente.

Por último, el comentario y análisis de casos prácticos permitirá comprender que, aunque pueda haber desacuerdos entre ellos, el equipo médico y la familia no son enemigos, sino personas en situaciones extremas, en donde la toma de decisiones resulta particularmente compleja, y en donde se mezclan elementos éticos, técnicos, jurídicos y, siempre a tener en cuenta, elementos afectivos.

Mediante el estudio, análisis y preparación de testamentos vitales se pretende, además de sensibilizar sobre el derecho y facilitar que se le asuma con naturalidad, hacer notar la responsabilidad individual que a cada uno le cabe por hacerse respetar en su derecho a morir con dignidad. También se trata de crear conciencia sobre la importancia de facilitar la decisión, ante el caso -bastante probable en nuestros tiempos- de que ella sea necesaria.

Finalmente, el estudio de testamentos vitales permite poner de manifiesto las variaciones individuales de tales textos, que no tienen por que ajustarse a un modelo único, sino deben recoger las diferentes sensibilidades y creencias. Así, por ejemplo, algunos pueden desear que el sacerdote o el confesor participen en la decisión de suspender el tratamiento, otros pueden expresamente negarles toda injerencia, etcétera.

En el ámbito de la enseñanza universitaria pueden proponerse como actividades a realizar las referidas en el apartado referente a la metodología de la enseñanza de los Derechos Humanos.

3.15 ACCIÓN Y PROPUESTA SOBRE LA REALIDAD

El derecho a morir con dignidad, aun perteneciendo a un contexto bastante restringido, y a un ámbito poco propicio para la acción directa, ofrece posibilidades para actuar en su defensa, permitiendo la legalización de la Eutanasia, y que se incluya la Causal de Eutanasia, por motivos de enfermedades incurables, ya que solo una minoría de casos de Eutanasia son informados a las Autoridades, cosa que no ha ayudado a tener un control real, sobre esta causal y de esta manera poder evitar los abusos sobre esta práctica. Así mismo que se tome como caso de inimputabilidad, y se tome como atenuante en el suicidio asistido.

Ante esta situación propongo que se DEROGUE el Artículo 134, del Código Penal del Estado de Veracruz, que a la letra dice: “**Artículo 134.-**A quien prive de la vida a otra persona que padezca una enfermedad incurable y mortal en fase terminal, por petición expresa, libre, reiterada e inequívoca de la víctima, se le impondrán

prisión de dos a cinco años y multa hasta de cien días de salario. No se procederá en contra de quien, a petición del cónyuge, ascendiente, descendiente, concubina, concubinario, adoptado, adoptante o hermano del paciente con muerte cerebral comprobada, prescinda de los medios artificiales que lo mantengan con vida”.

Por esta situación planteo.

Artículo 134.- Derogado

Ya que se busca la paz y tranquilidad en todas las etapas de la vida de una persona incluyendo su muerte, es por ello que tiene el derecho si así lo desea a morir con dignidad valiéndose de los recursos a su alcance, y que por tanto las personas que ayuden a la realización de este deseo que no sufran daños refiriéndose a la privación de su libertad o económico.

CONCLUSIONES

Una posible forma de enfrentarnos al problema, de la eutanasia es proclamando la irrenunciabilidad de los Derechos Humanos. Así, cualquiera que fuera el caso, aunque la persona no hubiera manifestado su opción por la vida, tendría un derecho a la vida porque le obligaría a vivir. En el caso de un recién nacido con espina bífida por ejemplo, no sería razón para matarle el que se considerara que iba a llevar una vida indigna. En este caso, el niño sería titular de un derecho absoluto a la vida y ni los padres, ni los médicos, ni ninguna otra persona podría provocarle la muerte.

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

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

En Alemania, tras la 1 Guerra Mundial el penalista K. Binding y el psiquiatra Hoche publicaron una obra polémica en la que defendían la tesis de la existencia de diferentes tipos de vida. Según estos autores, existían vidas carentes de valor vital entre las que se encontraban las de los idiotas incurables, los paralíticos y los inconscientes sumidos en incurable estupor. Estas vidas inútiles para la sociedad, se convertían en realidad en verdaderas cargas.

Recientemente otro autor, Peter Singer, ha defendido la eutanasia no voluntaria desde presupuestos utilitaristas.

Dicho muy resumidamente: puede llegar a justificarse la muerte de un ser humano que no es consciente de la diferencia entre la vida y la muerte, siempre que esa muerte provoque mas bienestar o mas felicidad que el permitir que vida (por ejemplo, porque no matarlo, suponga condenarlo... a una vida dolorosa, o incluso, porque provocarle la muerte lleve aparejada otras ventajas: posibilidad de los padres de tener otro hijo que no tendrían si el defectuoso vive...). Por supuesto, la ponderación de bienes es mucho más compleja y el procedimiento de elección no es tan indignamente caprichoso como puede parecer. En cualquier caso, un estudio más profundo del tema nos sacaría fuera de los límites de este trabajo. Solo quiero resaltar la idea de que no es posible defender la práctica de la eutanasia voluntaria.

Con todo, si nuestro punto de partida es la defensa del derecho a la vida no queda otra opción que proclamar que todos tienen derecho a la vida frente a cualquier práctica eutanásica.

Ahora bien, este derecho a la vida no debe implicar una defensa de la vida (entendida como mera existencia biológica) a ultranza. Si el derecho a la vida se entiende como el derecho a una vida en condiciones adecuadas para ser disfrutada, es decir, el derecho a una vida digna, entonces, por esa vía puede aceptarse que en muchos casos, sea obligado no hacer nada para mantener

artificialmente con vida a una persona. Es decir, hacer todo lo contrario a lo que supone el encarnizamiento terapéutico. Para distinguir en que casos es posible no hacer nada y en que otros es... obligado actuar, se ha recurrido al criterio ya mencionado de los medios proporcionados y desproporcionados. A pesar de estas cautelas sigue habiendo muchos casos límites que plantean serias dudas.

El derecho a la vida es el presupuesto de los demás derechos y en este sentido podemos decir que se relacionan con todos ellos. Especialmente está relacionado con el derecho a la integridad física y moral, con el derecho a no ser tratado de una forma cruel, inhumana o degradante, con el derecho a la libertad personal; y con el derecho a la seguridad personal. Luego entonces nos hacemos merecedores a una vida digna en todos los aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR CABELLERO Isidro. CALBES DE AGUILAR. Herminia "Tratado Practico de medicina Moderna". Editorial Publicaciones Interamericanas. Primera edición. México, 1985.
2. ANTOLISEI Francesco. "La Acción y el Resultado en el Delito". Editorial Jurídica Mexicana. México, 1959.
3. BREITBART W et al.: "Interest in physician-asisted suicide among ambulatory HIV- infected patients", Am. J Psychiatry 153 (2): p. 238-242,1996.
4. CARDENAS Raul F. "Estudios Penales". "Publicaciones de la Escuela Libre de Derechos". Editorial Jus. Primera edición. México 1977.
5. CARRANCA Y TRUJULLO Raúl. CARRANCA Y RIVAS Raúl. "Derecho Penal Mexicano". Parte General. Editorial Porrúa. Decimonovena edición. México, 1997.
6. CARRARA Francesco. "Programa de Derecho Criminal". Parte Especial, Volumen I, Cuarta edición. Editorial Temis, Bogotá, Colombia. 1979.

7. CARRARA Francesco. "Programa de Derecho Criminal". Parte Especial, Volumen I, Cuarta edición. Editorial Temis, Bogotá, Colombia. 1978.
8. CASTELLANOS T. Fernando. "Lineamientos Elementales de Derecho Penal". Parte general, Editorial Porrúa S.A. Trigésima edición, México, 1991.
9. CHOCHINOV HM ET AL: "Desire for death in the terminally ill", Am. J. Psychiatry 152 (8): p. 1185-1191, 1955.
10. COLIN SANCHES Guillermo. "Derecho Mexicano de Procedimientos Penales". Editorial Porrúa. Decimosexta edición. México, 1997.
11. DE PIÑA Rafael. DE PIÑA VARA Rafael. "Diccionario de Derechos". Editorial Porrúa S.A. decimoséptima edición. México 1991.
12. DIARIO DE XALAPA. "Despenalizaran la Eutanasia Pasiva en España", 24 de marzo de 1994.
13. DIARIO DE XALAPA. "En E. U. El Doctor de la Muerte Participó en veinte casos de Eutanasia". 27 de Noviembre de 1994.
14. DICCIONARIO JURIDICO ESPASA. Fundación Tomas Moro. Editorial Espasa Calpe. Madrid, 1994
15. DOCTORES VEGA GUTIERREZ J. Y MARTINEZ BAZA P. Eutanasia y deontología, "Código Internacional de Deontología Medica" Cap. XVII, Ginebra 1948, Sydney 1968, Adoptado por la OMS.
16. ENCICLOPEDIA JURIDICA OMEBA. "Muerte". Editorial Bibliográfica Argentina S.R.L. Tomo XIX Argentina.
17. FERNANDO GUZMAN MORA, MD., p. 6-8, Cirujano Cardiovascular. Fundación Santa de Bogota, Profesor Titular de Cirugía. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, Profesor de Cirugía y Jefe del programa. Universidad San Martin, Bogotá, Diplomado en Derecho Medico.

Universidad del Rosario, Bogotá, Presidente Nacional. Federación Mexicana Colombiana, Coordinador de sección. Revista Medspain.

18. FERNANDO GUZMAN MORA, MD., p. 8, Cirujano Cardiovascular. Fundación Santa Fe de Bogotá, Profesor Titular de Cirugía. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá. Diplomado en Derecho Médico. Universidad del Rosario Bogotá, Presidente Nacional Federación Médica Colombiana, Coordinador de sección, Revista Medspain.
19. GAFO J: "EUTANASIA", en Diez palabras claves en Bioética, Ed. Verbo Divino, Navarra, 1993, p. 91 – 135.
20. GARCIA RAMIREZ, Sergio, "Justicia Penal" (Estudios). Editorial Porrúa, S.A. Primera edición, México, 1982.
21. GARCIA, Ramón, PELAYO Y CROSS. "Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado". Ediciones Larousse. México. 1995.
22. GONZALEZ DE LA VEGA. Francisco. "Derecho Penal Mexicano". Los Delitos, Editorial Porrúa. Vigésimo novena "Actualizada). México, 1997.
23. GRACIA, D. "Historia de la Eutanasia" en Gafo J. (Ed.): La eutanasia y el arte de morir, UPCM. Madrid, 1990, p. 13-12.
24. JAMES RACHES. "Active and Passive Euthanasia en Moral Problems". Edited by James Rachels. Harper & Row Publishers, New York, 1979.
25. JIMENEZ DE ASUA Luis, "Libertad de Amar y Derecho a Morir". Ensayos de un Criminalista Sobre Eutagenesia y Eutanasia, Editorial Depalma. Séptima edición, Buenos Aires Argentina, 1992.
26. KENIS Y: "EUTHANASIE", en Hottois G. Parizeau MH (Ed.): Les mots de la bioéthique, De Boeck Université, Bruxelles, 1993, p. 208-215.
27. KOTTOW M: "Introducción a la Bioética", Ed. Universitaria, Santiago, 1995, p. 154-157.

28. KUHSE H: "La Eutanasia" en Singer P (Ed.): Compendio de Ética, Alianza Editorial, Madrid, 1995, p. 405-416.
29. LAVADOS M: "Decisiones ético – clínicas en el caso de un paciente terminal con cáncer metastásico". El problema de la eutanasia, *Rew. Med. Chile* 122: p. 563 – 571, 1994.
30. LOPEZ E: "La eutanasia y el derecho a morir con dignidad", en *Ética y Vida*, 2º ed., Ed. Paulinas, Madrid, 1990, p. 219-236.
31. MARKHAM Ursula. "Como afrontar la muerte de un ser querido", Editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V. Ediciones Martínez Roca S.A. Primera reimpresión. Serie Auto Ayuda, México. 1998.
32. MUNSON, R. "Intervention and Reflection. Basic Issues un Medical Ethics", 2and Edition, Waddsworth Publishing Company, Belmont, California, p. 148.
33. PEREZ VALERA, Víctor M. "Eutanasia. ¿Piedad? ¿Delito?. Editorial Jus. Segunda edición. Barcelona, España, 1989.
34. PETER SINGER. "Ética Practica" (Ed, Ariel, S.A. Barcelona, 1984, p. 163 – 164.
35. PORTE PETIT CANDAUDAP Celestino. "Dogmatica sobre los Delitos Contra la Vida y la Salud Personal", Editorial Porrúa S.A. Decima edición, México, 1994.
36. PORTE PETIT CANDAUDAP Celestino. "Dogmatica sobre los Delitos Contra la Vida y la Salud Personal", Estudio comparativo con los Códigos Penales de las Entidades Federativas, Sexta edición, México, 1980.
37. PORTE PETIT CANDAUDAP Celestino. "Dogmatica sobre los Delitos Contra la Vida y la Salud Personal", Estudio comparativo de los Códigos Penales de las Entidades Federativas, Sexta edición, México, 1980.

38. QUIROZ CUARON Alfonso. "Medicina Forense", Editorial Porrúa S.A. Séptima edición. México 1993.
39. REICHEL W. DYCK AJ: "La eutanasia: Un dilema moral contemporáneo", The Lancet (Ed. Esp.) 16 (4): p. 255-257, 1990.
40. ROA A: "La eutanasia y las nuevas concepciones sobre la muerte", Revista de Filosofía 47/48: p. 37-48, 1996.
41. SANCHEZ M: "La calidad de vida en la toma de decisiones sobre enfermos terminales", Quaderni di Bioética

LEGISLACIÓN

42. "Código Penal y de Procedimientos Penales para el Estado Libre y Soberano de Veracruz". Editorial Cajica S.A. Séptima edición México. 1996
43. Leyes y Códigos de México. "Código Penal para el Distrito Federal", Colección Porrúa, L.V. Edición, México 1995.
44. Colección de Leyes Mexicanas, "Códigos Penales y de Procedimientos penales para el Estado Libre y Soberano de Veracruz". Con sus reformas. Decima edición Aumentada, Editorial Cajica S.A. de C.V. Mexico, 2001, p.377
45. Colección Leyes y Códigos "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"
46. "Constitución Española y Ley de Protección Jurisdiccional de los Derechos Fundamentales de la Persona", 26 diciembre de 1987. Editorial Iberia S.A. de C.V. Vigésima edición, Española, 1978.

TESIS

47. "Breve análisis sobre la vida y la muerte desde el punto de vista del Derecho Penal" (Laura Hermenegilda María Brunello Codemo, 1995).