



**LA EUTANASIA**  
**Aspectos Doctrinarios**  
**Aspectos Legales**

**Doris Silva Alarcón**  
**Lic. en Derecho**

## **INTRODUCCIÓN**

Padecer una enfermedad terminal, como muchas veces es el cáncer, trastoca completamente la vida de las personas, de tal manera, que muchos de quienes padecen esta enfermedad ven como única salida la muerte. La situación es aún más delicada y dolorosa cuando las personas no cuentan con los medios económicos necesarios para obtener los medicamentos y tratamientos que se requieren. Dentro de este contexto no es fácil juzgar a quien, ante tales circunstancias, pide que se le permita morir. Por lo tanto, ante tal petición es necesario reflexionar y proponer a la luz de los principios y normas éticas como jurídicas y teniendo siempre en cuenta las características del caso, una solución que vaya en beneficio de la persona.

## Aspectos Doctrinarios

### Concepto

Etimológicamente el término eutanasia significa “buena muerte”. Deriva de los vocablos griegos “eu” que significa bueno y de “thanatos” que significa muerte.

Posteriormente han surgido otros significados como “muerte rápida y sin tormentos”, “muerte tranquila y fácil”, “muerte misericordiosa”.

El término eutanasia originalmente y hasta el siglo XVII se entendía como una buena muerte privada de dolores y angustias, una muerte buena y dulce. Séneca fue quien la propugnó (Carta 77 a Lucilio ) fundándose en que la ley eterna propuso un solo modo de iniciar la vida, pero varios para salir de ella. Corresponde al hombre decidir libremente sobre el sentido y su capacidad de soportar su existencia en el cuerpo.

Platón en su libro III de La República afirma que cada ciudadano tiene un deber que cumplir en todo Estado bien organizado. “Nadie puede pasar la vida en enfermedades y medicinas. Tú establecerás, oh Glaucón, una disciplina en el Estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos, limitándote a dar cuidados a los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo. En cuanto a los que no son sanos corporalmente se les dejará morir”.<sup>1</sup>

Hipócrates se opuso a la eutanasia y en su juramento establece: “jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten”.

San Agustín y Santo Tomás de Aquino unen a la prohibición del suicidio, la de la eutanasia.

En algunos pueblos primitivos se practicó la eutanasia por motivos eugenésicos o económicos, abandonando o matando a enfermos, niños malformados o anormales y a ancianos. Los Celtas mantenían la costumbre de matar a sus guerreros heridos de muerte. La práctica de la eutanasia por razones sociales se practicó en Grecia, Esparta, India,

Mesopotamia y otras civilizaciones antiguas.

En 1605 Francis Bacon introduce como significado de eutanasia la acción del médico sobre el enfermo incluyendo la posibilidad de apresurar la muerte.

En el siglo XX la eutanasia adquiere el significado de una acción directa e indolora en un paciente que sin perspectivas de recobrar su salud puede desear esta muerte inmediata.

Karl Binding y Alfred Hoche en 1920 dan otro significado a la eutanasia, utilizando este término para proponer la muerte de personas social y económicamente inadaptadas como enfermos mentales o minusválidos.

Peter Singer señala que “la eutanasia se refiere a acabar con la vida de los que padecen enfermedades incurables, con gran dolor y angustia, por el bien de los que mueren y para ahorrarles más sufrimientos o angustias”.<sup>2</sup>

El Doctor Pedro Eva Condemarin señala que la eutanasia en la actualidad es entendida como 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 se lleve a cabo por el bien de éste, movido por la compasión”.<sup>3</sup>

La eutanasia , según la literatura moral se define como “la práctica que procura la muerte o, mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y malestar al paciente a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de una tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo”.<sup>4</sup>

También se define la eutanasia como la utilización de medios productores de la muerte en los casos de una pretensa vida sin valor e indeseable ( lisiados, enfermos mentales ), con consentimiento del

interesado o sin él, fundándose en razones de mejoramiento de la raza o ahorro de los gastos de sostenimiento.

En las definiciones dadas se aprecian distintas formas de entender la eutanasia lo que demuestra el carácter ambiguo de ésta.

## **1.- Clasificación**

La eutanasia puede clasificarse de la siguiente forma:

### **1.1.Natural**

#### **1.2.Provocada:**

**a) Según la voluntad del sujeto pasivo:**

- a.1) Voluntaria
- a.2) No voluntaria
- a.3) Involuntaria

**b) Según el autor:**

- b.1) Autónoma
- b.2) Heterónoma

**c) Según la actitud que se tome frente al curso vital:**

- c.1) Solutiva
- c.2) Resolutiva

**d) Eutanasia provocada heterónoma resolutiva:**

- d.1) Activa
- d.2) Pasiva
- d.3) Directa
- d.4) Indirecta

### **1.3.Eutanasia según la motivación del autor:**

- a) Piadosa
- b) Eugenésica
- d) Económica

**1.2.1.Eutanasia Natural:** aquella en que la muerte se produce naturalmente sin que intervenga la conducta humana.

**a) Según la voluntad del sujeto:**

**a.1) Eutanasia Provocada Voluntaria:** aquella

en que la decisión la toma el paciente directamente o terceras personas obedeciendo los deseos que el paciente ha expresado con anterioridad.

**a.2) Eutanasia Provocada No Voluntaria:** aquella en que la decisión la toma un tercero sin que haya posibilidades de conocer la determinación del enfermo debido a que éste no tiene la capacidad para elegir entre vivir o morir.

**a.3) Eutanasia Provocada Involuntaria:** aquella en que la decisión la toma un tercero sin pedir el consentimiento de un pariente capaz de expresar su elección o en contra de su voluntad.

**b) Según el autor:**

**b.1) Eutanasia Provocada Autónoma:** aquella en que la propia persona se provoca la muerte sin intervención de terceras personas.

**b.2) Eutanasia Provocada Heterónoma:** aquella en que en la provocación de la muerte participan otra u otras personas.

**c) Según la actitud que se tome frente al curso vital:**

**c.1) Eutanasia Provocada Solutiva:** aquella consistente en el auxilio en el morir mitigando el sufrimiento, suministrando calmantes que no incidan en la duración de ese proceso, controlando las sofocaciones, los espasmos, asistiendo psicológicamente y /o espiritualmente al enfermo o anciano.

El Concepto de eutanasia solutiva involucra todas las conductas tanto autónomas como heterónomas que tiendan a aliviar el sufrimiento tanto físico como natural y espiritual del enfermo terminal y también incluye los tratamientos médicos convencionales, esto es los no experimentales ni extraordinarios que implican intervenciones agresivas en el cuerpo del paciente lo que lleva a un

encarnizamiento terapéutico.

El Doctor Javier Gutiérrez Jaramillo, internista cardiólogo, aunque señala no ser partidario de la eutanasia, concuerda con el postulado de la eutanasia solutiva al expresar que se debe perfeccionar el tratamiento paliativo que calme dolores, quite angustias y depresiones para facilitar el proceso de la muerte, haciendo un llamado a adoptar todas las medidas necesarias para calmar el sufrimiento o por lo menos hacerlo soportable y de esta manera no terminar directamente con la vida sino con el sufrimiento. Finalmente expresa: “Soy partidario de que a ese paciente” (enfermo terminal) “se le permita estar en compañía de sus seres queridos, rodeado de afecto y de amor. Que la tecnología con sus aparatos especializados, dé paso a esa atmósfera de calor humano y no de mediciones médicas. Que el tratamiento paliativo mitigue dolores, angustias y sufrimientos. Que se les respeten sus creencias religiosas, que haya interconsulta con el ministro de su credo espiritual (sacerdote, pastor, etc)”...<sup>5</sup>

**c.2) Eutanasia provocada Resolutiva:** Aquella que incide en la duración del proceso hacia la muerte, sea reduciéndolo o suprimiéndolo en interés del enfermo o anciano.

**d) Eutanasia provocada heterónoma resolutiva:**

Dentro de la Eutanasia provocada heterónoma resolutiva (aquella que es provocada por otra u otras personas distintas del enfermo o anciano y que incide en el curso vital) se distingue en:

**d.1) Eutanasia Provocada Heterónoma Resolutiva Activa:** aquella caracterizada porque la provocación de la muerte se obtiene mediante hechos positivos dirigidos a acortar o suprimir el curso vital.

**d.2) Eutanasia Provocada Heterónoma Resolutiva Pasiva:** Aquella que consiste en la inhibición

de actuar o en el abandono en el tratamiento iniciado, evitando intervenir en el proceso hacia la muerte.

**d.3) Eutanasia Provocada Heterónoma Resolutiva Directa:** Aquella que consiste en que la muerte se produce directamente como por ejemplo, con la aplicación de una dosis mortal que por sí misma cause la muerte.

**d.4) Eutanasia Provocada Heterónoma Resolutiva Indirecta:** Aquella que consiste en que la muerte se obtiene indirectamente mediante la utilización de un analgésico que tenga efectos colaterales y comprometa alguna función vital, que sería el caso de suministrar algún analgésico para calmar algún dolor y que como efecto colateral este produzca la muerte de la persona. Este es el caso, por ejemplo, del cáncer en que la utilización de la morfina produce como efecto colateral la disminución de conciencia y casi siempre una abreviación de la vida, sin embargo la intención al utilizarla es calmar el dolor.

En estos casos se aplica el argumento del “doble efecto” que consiste en que la aplicación de un tratamiento o el suministro de un medicamento puede tener dos efectos en el caso de los enfermos terminales: Por un lado puede evitar un mayor sufrimiento para la persona y por otro, acortar la vida de la misma. Lo importante de esta concepción es la intención con que se suministra el tratamiento o el medicamento.

También se aplica la teoría del doble efecto a los casos en que se omite aplicar un tratamiento determinado debido a que éste no contribuirá a aliviar el dolor de la persona ni mejorar su salud sino al contrario, puede ser causa de mayor sufrimiento para ella.

### 1.2.3. La Eutanasia según la motivación del autor:

**a) Eutanasia Piadosa:** aquella que tiene por

objeto evitar el sufrimiento de un enfermo terminal o un anciano principalmente cuando es exigida en forma seria y consiente por el aquejado.

b) Eutanasia Eugénica: aquella que se dirige al mejoramiento de la raza humana.

c) Eutanasia Económica: aquella dirigida a eliminar a las personas cuyas vidas se consideren inútiles, exentas de valor vital y de costoso mantenimiento.

Respecto a las dos últimas formas de eutanasia (La eutanasia eugenésica y la económica) según el profesor Luis Fernando Niño no corresponden propiamente a eutanasia sino que se trataría de homicidios calificados que se encubren bajo una forma de eutanasia. Además no todos los autores coinciden en considerar la eutanasia eugenésica y económica como formas de eutanasia propiamente tales ya que delimitan el concepto de eutanasia sólo a las situaciones en que los valores que se encuentran en conflicto, de forma excluyente son la vida humana con la dignidad y la libertad.

También hay discrepancias en cuanto a los sujetos pasivos de la eutanasia Algunos incluyen además de los enfermos terminales y los ancianos que padezcan dolores incurables, a los enfermos mentales y a los niños recién nacidos con malformaciones. En opinión del profesor Luis Fernando Niño en los dos últimos casos no cabe hablar de eutanasia. Da como ejemplo los casos de niños con síndrome de Down, quienes a pesar de su enfermedad, pueden desarrollar su vida sin un compromiso de muerte previsible y en el caso de los recién nacidos sólo podrán quedar dentro del concepto de eutanasia cuando, no existan posibilidades de que el niño pueda sobrevivir como es el caso de un daño encefálico irreparable.

1.3. Distanacia: Paralelo a la eutanasia e incluida dentro de su concepto, la distanacia constituye la práctica

de alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya desahuciado, sin esperanzas humana de recuperación y para ello utilizando no sólo los medicamentos ordinarios, sino extraordinarios muy costosos en sí mismos o en relación a la situación económica del enfermo y de su familia.<sup>6</sup>

1.4. Adistanacia o antidistanacia: Opuesto a la distanacia la adistanacia consiste “en dejar que un paciente sin expectativas de recuperación de su vida conciente, reducida en suma a la condición de mero organismo biológico con las funciones circulatoria y respiratoria artificialmente conservadas, acabe de morir en paz”.<sup>7</sup>

1.5. Cacotanasia: Este término se refiere a la “eutanasia que se impone sin el consentimiento del afectado”.<sup>8</sup> La palabra apunta hacia una mala muerte.

1.6. Ortotanasia: La ortotanasia es un término omnicompreensivo que es entendido por un lado como el derecho a morir dignamente y por otro, como la exigencia ética de auxiliar a quien procura ejercitar ese derecho. La Ortotanasia en principio comprende la eutanasia solutiva, ciertas situaciones de eutanasia resolutive y la adistanacia. El término ortotanasia alude a la adopción de la conducta más correcta posible para que el paciente próximo a su fin tenga una buena muerte, sin adelantar ni atrasar artificialmente ese momento. Se acude a todas las medidas razonables como respiración asistida, alimentación por vías aconsejables, posición lo más cómodo posible en la cama, uso de antibióticos, etc, pero no al encarnizamiento terapéutico que en ese momento sólo daría una remota esperanza de sobrevivida a penas de calidad mínima.<sup>9</sup>

### 1.7. Delimitación del concepto de eutanasia

Como se ha apreciado el concepto de eutanasia es muy amplio, dentro de él es posible incluir distintas figuras de término de la vida. Sin embargo, para entender con claridad el ámbito en que se da la discusión en torno a este tema es preciso señalar que la eutanasia resolutive es aquella que está en el centro de la discusión.

El profesor Tony Mifsud señala que lo clave en la eutanasia es la abreviación intencional en el proceso del morir y delimita el concepto de eutanasia “al proceso de fallecimiento (enfermo terminal) y en un contexto explícito e intencional de abreviar el proceso de morir, por razones personales (evitar el sufrimiento) o sociales, (discriminación social o carga económica).<sup>10</sup>

Este autor distingue la eutanasia de tres casos a saber:

1. El caso de los recién nacidos con graves deficiencias somáticas o mentales, de enfermos incurables y de ancianos. Señala que estos casos son distintos de la eutanasia porque el interrogante ético planteado en ellos no es la abreviación del proceso de morir, sino simplemente eliminar o matar a esos seres.

2. El caso del suicidio. Este caso se diferencia de la eutanasia porque existe la posibilidad de ayudar a quien se encuentra ante esta situación, mientras que la eutanasia se refiere a un enfermo que se encuentra en un proceso irreversible de muerte.

3. El caso de la administración de calmantes para aliviar el dolor y sufrimiento de un enfermo terminal. No es eutanásica en su intención y por lo tanto no cabría hablar de eutanasia indirecta.

Es importante, por lo tanto distinguir que en los casos en que se suministran medicamentos tendientes a calmar el dolor y el sufrimiento del paciente y que incidan en el acortamiento en el proceso

del morir no constituye eutanasia como tampoco el caso en que no existe ninguna esperanza de recuperación y se deja que el proceso hacia la muerte siga su curso sin interrupción, más que ayudar al paciente desde una perspectiva espiritual y de apoyo familiar. En estos casos se trata de dejar morir en paz lo que es distinto al significado estricto de eutanasia.

### 1.8. Argumentos a favor y en contra de la eutanasia

Existe bastante discusión en torno al problema de aceptar o no la eutanasia. La discusión se centra principalmente respecto a la eutanasia resolutive, ya que respecto a la solutiva, muchos no la consideran eutanasia propiamente tal, en el sentido que con ella no se está quitando la vida a una persona sino que sólo se le está ayudando a paliar el sufrimiento.

Quienes están a favor de la eutanasia dan como argumentos, motivaciones compasivas que miran al sufrimiento de la persona que se enfrenta a enfermedades terminales, incurables y que traen aparejados grandes dolores. También argumentan a favor de la eutanasia el derecho a la libertad, a la dignidad y a la autonomía que tiene la persona y que involucra poder tomar decisiones libres sobre su propia vida. Argumentan también la necesidad de una legalización y despenalización de la eutanasia como reconocimiento de la realidad y avalados en la opinión pública que en general se manifiesta a favor de una legalización al respecto, sobre todo por el sobrecogimiento que produce el conocimiento de casos particulares dados a conocer por los medios de comunicación.<sup>11</sup> Para el profesor Armando Roa son tres los argumentos centrales de quienes están a favor de la eutanasia:<sup>12</sup>

- liberar a la persona de los sufrimientos.
- abaratar los costos de la enfermedad.

- salvar la dignidad del hombre al evitarse una imagen penosa.

Aquellos que se manifiestan en contra de la eutanasia argumentan principalmente que el derecho a la vida constituye un valor universalmente reconocido, que la vida humana reviste un carácter sagrado otorgado por Dios, dador de la vida, y por lo tanto no corresponde al hombre decidir sobre su término. Argumentan también el peligro que significaría la legalización de la eutanasia en caso límites, pues ello abre la posibilidad a una aceptación amplia de ella en situaciones inaceptables. Otro fundamento que señalan es que de aceptarse la eutanasia se produciría un deterioro de la confianza en los médicos por parte de los pacientes y finalmente que el consentimiento del enfermo a la hora de tomar la decisión de morir no es un consentimiento libre.

Respecto al argumento de la dignidad de la persona, que señala que sería correcta la eutanasia para evitar una imagen penosa de la persona, el profesor Roa sostiene que en este caso se está asociando la dignidad sólo a “la apariencia, a la figura que se muestra, cualquiera sea la historia que repose detrás de esa figura a lo largo de toda una vida, como si la existencia humana fuese por esencia ahistórica y consistiese en una sucesión de momentos en que cada uno de ellos debiera validarse desde sí mismo.”<sup>13</sup>

#### 1.8.1. Argumento del derecho a la vida

El derecho a la vida constituye un valor superior, frente a todos los demás derechos y es inherente al ser humano. Su reconocimiento es universal, se consagra tanto a nivel de Declaraciones, como de Tratados Internacionales y en las Constituciones Nacionales de la mayoría de los países. “El derecho a la vida entraña también un deber. Pues esta no es propiedad del sujeto. En efecto, la persona

tiene un compromiso de respeto consigo misma, derivada de que ni el sujeto se ha hecho a sí mismo, ni se ha dado la dignidad entitativa y el valor que posee en cuanto a persona. En esta concepción, el derecho-deber a la vida aparece pues como el primero y más fundamental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es anterior a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente, ante todo, de su propia vida”.<sup>14</sup>

La concepción utilitarista tiene otra visión del derecho a la vida. Una de las concepciones utilitaristas, denominada utilitarismo de preferencia, pone énfasis en los deseos y preferencias de las personas, entendiendo sólo como personas a aquellos seres racionales y conscientes de sí mismos, a diferencia de otros seres sensibles. Dentro de esta postura, el filósofo Michael Tooley sostiene que los únicos que tienen derecho a la vida “son aquellos que pueden percibirse a sí mismos como entidades distintas existentes en el tiempo”.<sup>15</sup> Tooley argumenta su posición señalando que existe una conexión conceptual entre los deseos que un ser es capaz de tener y los derechos que puede decirse que éste tiene, es decir, a cada derecho le corresponde un deseo correlativo, y si la persona no tiene un deseo, no tiene derecho; violar el derecho de una persona equivale, por lo tanto, a frustrar el deseo correspondiente. El autor señala que son casos problemáticos el de las personas que están dormidas o temporalmente inconscientes, pero su postulado no quiere decir que estas personas no tengan derechos, sino que por regla general la posesión de un derecho debe estar relacionada de alguna forma con la capacidad de tener deseos. Respecto al derecho a la vida Michael Tooley señala que para tener derecho a la vida se debe tener, o al menos alguna vez haber tenido, la concepción de tener una existencia continuada. Con esta

argumentación se salva el problema de las personas inconscientes o dormidas, pues el deseo de tener un existencia continuada de seguir viviendo, no desaparece, aunque la persona no esté despierta o consciente. En síntesis, para la teoría utilitarista de las preferencias y de los deseos, matar a una persona sería injusto solamente cuando ello vaya contra sus preferencias o deseos.

Dentro del utilitarismo se incluye también la teoría del respeto por la autonomía, según la cual sólo un individuo que pueda diferenciar entre vivir y seguir viviendo puede decidir autónomamente vivir. Según el principio de la autonomía, la capacidad para concebirse uno mismo existente en el tiempo es una condición necesaria del derecho a la vida.

Finalmente el utilitarismo clásico tiene por finalidad buscar la felicidad de las personas por ello se preocupa de los efectos que matar tiene sobre otras personas, es decir, si la persona tiene conciencia de que su existencia futura podría interrumpirse bruscamente (por el hecho de que le quiten la vida), la existencia de la persona será menos agradable y llena de ansiedad. Por lo anterior, según esta concepción utilitarista, se difunde la prohibición de matar, para que las personas tengan una vida feliz y no vivan con el temor de que se les pueda quitar la vida.

### 1.8.2. Argumento de la santidad de la vida

El carácter sagrado o la santidad de la vida implica que no se acepte como legítimo la práctica de la eutanasia. Esta concepción sostiene que la vida tiene un carácter sagrado que está por sobre todo bien o interés de la persona, la eutanasia por lo tanto es inmoral porque vulnera el valor intrínseco de la vida. Esta concepción en su formulación más directa sostiene que la vida de una persona no le pertenece pues constituye propiedad de Dios. De esta manera el provocar la muerte antes de que ésta se produzca

naturalmente constituye una violación al valor sagrado de la vida y un engaño a la naturaleza.

Dentro de la concepción de la santidad de la vida destaca la Iglesia Católica como opositor más duro. El Catecismo de la Iglesia Católica en sus números **2277**, **2278**, **2279** se refieren a la eutanasia.<sup>16</sup>

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

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

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

tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada, por esta razón deben ser alentados.

Otras organizaciones religiosas también se inspiran en el valor sagrado de la vida como los judíos quienes han sostenido respecto a la eutanasia que “cada momento de la vida se considera intrínsecamente sagrado. La preservación de la vida supera el valor de vivir la “buena vida”.<sup>17</sup>

Frente al argumento de la santidad de la vida, se señala por los partidarios de la eutanasia que el derecho a la vida debe dejar de considerarse como derecho absoluto y debe considerarse en función con el derecho a la libertad y a la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad. Sostienen que en situaciones de gran sufrimiento el hombre tiene derecho a que se le aplique la eutanasia activa fundándose en que la dignidad de la persona exige una determinada calidad de vida y cuando ésta desaparece la vida se constituye en un bien disponible. Se plantea la necesidad de quitar el valor de santidad de la vida humana, entendiendo que a pesar de su importancia, la vida humana no es un valor absoluto.

Respecto al argumento de la santidad de la vida, es importante señalar que a la vez puede ser utilizado como fundamentación por quienes están a favor de la eutanasia, si se considera desde una perspectiva secular. De esta manera puede concebirse una concepción de la santidad de la vida distinta de la que se sostiene desde la perspectiva religiosa. Esta concepción secular implica que no necesariamente la muerte de una persona significa un atentado contra el valor sagrado de la vida y de la naturaleza y además sostiene que la eutanasia podría seguir sustentando ese valor. Ronal Dworkin explica esta posición señalando:

*“ Cualquiera que crea en la santidad de la vida humana, cree que una vez que una vida humana*

*ha comenzado, importa intrínsecamente, que esa vida se conduzca bien, que la inversión que representa se lleve a cabo, y que no se frustre. Las convicciones de alguien acerca de sus propios intereses críticos constituyen opiniones acerca de que significa conducir bien su propia vida humana, y estas convicciones pueden, en consecuencia, comprenderse mejor como una aplicación especial de su compromiso general con la santidad de la vida. Él está ansioso por hacer algo de su propia vida y no simplemente disfrutarla, la trata como algo sagrado y de lo que él es responsable, algo que él no debe desperdiciar, pienso que es intrínsecamente vivir bien y con integridad.*

*Alguien que pensara que su propia vida iría peor si se retrasara unas semanas su inminente muerte mediante una docena de máquinas, o se le mantuviera biológicamente vivo durante años como un vegetal, cree que está mostrando más respeto por la contribución humana a la santidad de la vida si, por adelantado, pone los medios de evitar esa situación. Y cree además que otros muestran más respeto por su vida si la evitan por él”.*<sup>18</sup>

### **1.8.3. Argumento de la ética de la calidad de vida**

Frente al argumento de la santidad de la vida partidarios de la eutanasia plantean una nueva ética de la calidad de vida que reemplaza a la ética de la santidad de la vida. En esta nueva ética se plantea la importancia de respetar la voluntad del paciente que desea morir, para lo que se requiere que se otorgue una información adecuada al paciente sobre su enfermedad, de su posible evolución para que el paciente evalúe la correspondencia de su situación con el plan de vida futura que se ha propuesto.

La nueva ética de la vida plantea que la ética de la santidad de la vida se encuentra obsoleta lo que

se demuestra en las encuestas sobre la eutanasia y en casos que conmocionan a la opinión pública.

En conclusión el principio básico de la ética de la calidad de vida sostiene que el valor de la vida humana varía según los casos y que es necesario que se tomen decisiones respecto a poner fin o no intencionadamente a una vida humana. Es necesario reconocer que el valor de la vida humana es variable y respetar el deseo de vivir o morir de una persona.

Respecto al argumento de la ética de la calidad de la vida se ha argumentado que “la dignidad de la persona no depende de la calidad de vida, entendida ésta como vida cómoda, rodeada de bienestar material, sino de la propia esencia de la persona (substancia individual de naturaleza racional) y su primacía en el orden de la naturaleza.

Además aquello que constituye la calidad de vida (los atributos intelectivos, relacionales, la autocomprensión, etc) no es lo que hace a la vida propiamente humana, sino que esas manifestaciones son valiosas por pertenecer a una persona humana”.<sup>19</sup>

En cuanto a las distintas posiciones que se plantean por parte de la ética de la santidad de la vida y la ética de la calidad de la vida el Doctor Pedro Eva Condemarin señala:

*“En la actualidad se tiende a superar esta contradicción postulando que el exigido respeto por la vida y su dignidad implica necesariamente tomar en cuenta también su calidad, pero con ciertos requisitos para evitar tanto el riesgo de una rigidez dogmática (concepto de santidad de la vida en términos absolutos) como el riesgo de arbitrariedad (concepto de calidad de vida relativo y subjetivo). Desde esta perspectiva, las decisiones basadas en la calidad de vida deberían considerar a toda persona de igual valor, deberían diferenciar entre una vida personal y una vida meramente biológica, deberían*

*ser tomadas por el propio enfermo o por quien pueda defender mejor sus propios intereses y deberían reconocer que para el paciente no toda forma de vida tiene igual valor”.*<sup>20</sup>

#### **1.8.4. Argumento de la autonomía de la persona**

Uno de los argumentos que sostiene quienes están a favor de la eutanasia es el de la autonomía de la persona. Sostienen que es fundamental que la persona tome decisiones por sí misma y pueda decidir cuándo finalizará su vida o establecer que quien represente sus mejores intereses pueda decidir por ella en caso de que la persona esté imposibilitada de hacerlo.

La autonomía de la persona considerada como un valor puede ser entendida como la capacidad de la persona de plantearse un plan de vida y ceñirse en sus decisiones al cumplimiento de este plan. Es posible identificar la autonomía con tres conceptos:<sup>21</sup>

La existencia de la capacidad de decidir, es decir, con las habilidades mentales necesarias para reflexionar críticamente sobre las preferencias, deseos y aspiraciones de primer orden y la capacidad para aceptar o intentar cambiar estos a la luz de preferencias y valores de rango aún más altos.

- La ausencia de manipulación y coerción.
- La disponibilidad de la persona de un rango adecuado de opciones.

En la eutanasia la autonomía puede ser analizada distinguiendo si se trata de eutanasia no voluntaria o voluntaria:

En el caso de eutanasia no voluntaria la razón que puede hacerla aceptable, desde el punto de vista de la autonomía, sería que se tenga la certeza prácticamente absoluta de la irreversibilidad de la enfermedad terminal de la persona y de los sufrimientos que ésta conlleva y que la persona se encuentre en

estado de inconciencia, sin vida psíquica.

En el caso de la eutanasia voluntaria la autonomía presupone no sólo el consentimiento en morir sino también el deseo de morir, pues que un resultado sea consentido sólo implica que se lo percibe necesario para el plan de vida, pero no necesariamente como parte del plan ni como ejercicio de la autonomía, para que la decisión sea autónoma, además del consentimiento se requiere el deseo de morir de la persona, esto debería resumirse en la petición que el enfermo terminal hace, sin embargo, es muy difícil sostener que la persona que se enfrenta a esta situación tenga el deseo de morir, pues en opinión de psicólogos y médicos, muchas veces detrás de la petición de muerte se esconde una petición de ayuda y no significa necesariamente que el enfermo quiera morir sino dejar de sufrir. En este contexto resulta difícil argumentar la aceptación de la eutanasia en virtud de la autonomía de la persona.

El profesor Roa sostiene que es necesario preguntarse en los casos de enfermos terminales si el deseo de morir es realmente autónomo o depende de otros factores como:

- Del temor de experimentar ciertos síntomas.
- Si va acompañado de un estado depresivo.
- Si surge debido al sentimiento de que se está estorbando a los familiares o a los ciudadanos y pesa el gasto de dinero que se está realizando.
- También puede ocurrir que sea el temor a la muerte el que induce a la persona a enfrentarla de una vez y acabar con la espera.

En el principio de autonomía se fundamentan los Testamentos Vitales que son documentos en que una persona manifiesta su voluntad respecto de las atenciones médicas que desearía recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le deje en un estado en que no pueda expresarse por sí mismo. Dentro de la cláusulas que incluyen estos

documentos se encuentra: la designación de un representante; determinación de los estados clínicos en que sería aplicable la declaración de la persona; que se manifieste que la persona se encuentra en plenitud de sus facultades mentales y que la declaración se ha efectuado de manera libre y después de una prolongada reflexión; una cláusula en que se libera a los médicos que intervengan de toda responsabilidad que pudiera atribuírseles. La declaración del interesado se refiere básicamente a que no se prolongue su vida por medios artificiales; que se le suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo su dolor, aún en el caso de que acorten su vida; que si se encuentra en un estado particularmente deteriorado se le suministren los fármacos necesarios para acabar definitivamente con su vida de forma rápida e indolora.<sup>22</sup>

#### 1.8.5. Argumento de la pendiente resbaladiza

Este argumento sostiene que de aceptarse la eutanasia, aunque sea en casos extremos y determinados, se abre la posibilidad de que se extienda su aplicación de manera que se den abusos como, por ejemplo que la figura de la eutanasia se aplique con la finalidad de traficar órganos, o que bajo su figura se oculten homicidios. Además podrían disminuir los recursos destinados a la cura de enfermedades terminales, y podrían disminuir los esfuerzos en la investigación científica de dichas enfermedades. Algunos sostienen que la legalización de la eutanasia sería un arma peligrosa en manos del Estado o de personas inescrupulosas. Se da como ejemplo el genocidio Nazi señalándose que éste comenzó con la aceptación de que existen vidas que no merecen ser vividas y que en principio se refería sólo a los enfermos crónicos pasando luego a extenderse a las personas no productivas socialmente, a aquellos que sostenían una ideología distinta, a

quienes tenían otra raza y finalmente a quienes no eran alemanes.<sup>23</sup>

La tendencia utilitarista señala que la preocupación de la pendiente resbaladiza no debería ser exagerada. Los gobernantes cuentan con mecanismos suficientes como para deshacerse de sus opositores que la eutanasia administrada por los médicos. Además, el programa Nazi no era un programa de eutanasia propiamente tal, su motivación no residía en el sufrimiento de quienes se mataba, lo que los Nazis buscaban era la eliminación de quienes no tenían la raza y la capacidad para trabajar que requería el programa. La eutanasia no se basa en esos propósitos sino en el respeto a la autonomía y su objetivo es evitar el sufrimiento sin sentido. Se señala además que si la facultad de aplicar la eutanasia se radica sólo en los médicos, exigiéndose el acuerdo de dos profesionales, sería poco probable que se extendiera su aplicación a la comunidad; por el contrario la eutanasia podrá constituir un control del poder de los médicos revelando lo que en algunos casos los médicos practican por su propia iniciativa.<sup>24</sup> Finalmente la postura utilitarista señala que hay pocas pruebas de que quien practica el exterminio de ciertos grupos humanos extendieran esta aplicación sin ningún límite a otros grupos, como ocurrió con los griegos que mataban o abandonaban a niños recién nacidos limitándose sólo a casos específicos sin extenderse más allá.

En general quienes están a favor de la eutanasia, sostienen que el argumento de la pendiente resbaladiza no tiene sustento debido a que no existe una razón fundada para estimar que la compasión y el respeto por la autonomía que justifican la eutanasia puedan justificar homicidios ajenos a estas motivaciones y que una ley inequívoca puede impedir la transgresión y el abuso.

Una posición ecléctica, sostiene que el

argumento de la pendiente resbaladiza pierde sustento si se considera que la negativa de legislar sobre la eutanasia es dañosa para muchas personas. Se advierte entonces en “hacer lo mejor que se pueda para determinar y mantener un límite defendible, reconociendo el riesgo, y tratando de reducirlo, de que otros puedan establecer en el futuro el límite de manera diferente, es preferible a abandonar totalmente a esas personas. Existen peligros tanto en legalizar como en rechazar la legalización; los peligros polarizados tienen que equilibrarse y ninguno debería ser ignorado”.<sup>25</sup>

1.8.6. Argumento de la pérdida de confianza entre el médico y el paciente

Aquellos que están en contra de la eutanasia sostienen que la relación médico-paciente se deterioraría si se aceptara legalmente la eutanasia. El doctor Pedro Eva Condemarin sostiene que la finalidad constitutiva de la medicina es el respeto a la vida humana siendo completamente ajeno a ello el acto de matar. Con la aceptación de la eutanasia se deterioraría la relación médico-paciente creando en la sociedad una desconfianza hacia los profesionales de la salud y se desmotivarían los esfuerzos para progresar en los cuidados paliativos o en la búsqueda de terapias eficaces para los enfermos que hoy en día se consideran incurables.

Para que el rechazo a la eutanasia sea sostenible y consistente se requiere la abstención de terapias inútiles, desproporcionadas y la debida atención a las necesidades de los pacientes. A la inversa, se sostiene que proponer la legalización de la eutanasia, despreocupándose de los posibles y necesarios cuidados paliativos y manteniendo la tendencia a abandonar al enfermo terminal, con lo que se deja a éste en una situación de sufrimiento físico y psicológico que le hace ansiar la muerte, transgrede

gravemente el principio de justicia.

#### 1.8.7. Argumento sobre la validez del consentimiento

Este argumento sostiene que es necesario detenerse en la validez del consentimiento de la persona que solicita se le ayude a morir. Esto es importante porque la eutanasia parte de la base que existe voluntad de morir del paciente que la solicita. Sin embargo debe considerarse la situación límite en que se encuentra esta persona donde la libertad para tomar la decisión de morir es muy limitada ya que debido a sus sufrimientos no ve otra alternativa más que la muerte. El Profesor Richard Feninseng señala que pedir la muerte a menudo significa algo más como una petición de ayuda, de comprensión o un intento de dramatizar la situación, “incluso cuando alguien pide la muerte enfática y repetidamente por escrito o en presencia de testigos, por lo menos no se puede excluir que esté pidiendo ayuda y atención”.<sup>26</sup>

#### 1.8.8. Argumentos desde una perspectiva ética moral

Desde una perspectiva eminentemente ética, se demuestra la inconsistencia de los argumentos a favor de la eutanasia por Paul Sporken quien señala lo siguiente:

1. “La afirmación de que los enfermos terminales o lo enfermos incurables no pueden ser felices es simplemente falsa, porque nadie tiene el derecho de aplicar a otros seres humanos sus propios criterios acerca de la felicidad en la vida, hasta el punto de deducir de ellos un motivo para privar a una persona de su vida y, por consiguiente, de toda oportunidad de acceso a la felicidad”.

2. “El argumento de carga emocional y psíquica que deben soportar los padres y familiares, debiera ser enfocado más bien como otro problema

cuya solución reside en la ayuda que se les debiera prestar”.

3. “La preocupación por el costo social y económico para la sociedad de mantener en vida a los seres gravemente deficientes es injusta, si se considera que la suma que se dedica a este respecto es irrelevante en el contexto de los presupuestos globales destinados a la salud y, además, es simplemente inhumano pretender solucionar los problemas socio-económicos mediante la eliminación intencionada de seres humanos”.<sup>27</sup>

#### 1.8.9. Argumento desde la Perspectiva Médica

La Asociación Médica Mundial en 1948 en la Asamblea General de Ginebra establece su contrariedad a la eutanasia. En 1950 El Consejo de la Asociación Médica Mundial estableció que “puesto que el Consejo de la Asociación Médica Mundial cree que la práctica de la Eutanasia es contraria al interés público, a los principios de la ética y a los derechos naturales, y siendo tal principio contrario al espíritu de la declaración de Ginebra, determinamos que el Consejo de la Asociación médica Mundial, reunido en Copenhague, del 24 al 28 de abril de 1950, recomienda a las asociaciones médicas Nacionales la condena de la práctica de la eutanasia en cualquiera circunstancia”.

El Código de Ética del Colegio Médico de Chile en sus artículos 27 y 28 se manifiesta contrario a la eutanasia señalando lo siguiente:

Artículo 27: El médico no podrá deliberadamente poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Nadie, además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad.

Artículo 28: Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Así, pues, los procedimientos

diagnósticos y terapéuticos deben ser proporcionales a los resultados que se pueden esperar de ellos.

El médico puede y debe aliviar al enfermo del sufrimiento o del dolor aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, sin interrumpir los medios mínimos habituales para mantener la vida, es lícito al médico en conciencia, tomar la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia. Asimismo, ante la comprobación de muerte cerebral, el médico estará autorizado para suspender todo tratamiento terapéutico.

#### 1.8.10. Argumento del doble efecto

El argumento del doble efecto es utilizado en los casos de eutanasia indirecta y pasiva, es decir, en los casos en que debido a la administración de un medicamento o a la no aplicación de un tratamiento se produce la muerte del enfermo. El fundamento de la teoría del doble efecto radica en el primer caso, en la intención de paliar el dolor del enfermo suministrándole para ello un medicamento que tiene como efecto colateral acortar la vida, pero que sin él los dolores serían insoportables. En el segundo caso, la no aplicación de un tratamiento se funda también en la intención de eliminar los dolores que siente la persona, pues la no aplicación es porque el tratamiento puede aumentar los dolores de la persona y no contribuyen en nada a su salud, es lo que se conoce como “medios extraordinarios” y que traen como consecuencia un encarnizamiento terapéutico.

Santo Tomás explica con claridad la teoría del doble efecto señalando:

*“Nada impide que un acto tenga dos efectos, uno sólo de los cuales sea intencionado, en tanto que el otro queda fuera de la intención. Ahora, los actos*

*morales adquieren su carácter de acuerdo con aquello que se persigue y no de acuerdo con aquello que queda fuera de la intención, ya que esto es accidental...”<sup>28</sup>*

Se critica la distinción entre medios ordinarios y los extraordinarios que utiliza la teoría del doble efecto, señalando que no existen parámetros objetivos para determinar cuando un tratamiento es ordinario o extraordinario y que según la posición de querer o no que la persona muera más pronto se calificará el medio de extraordinario o no, como por ejemplo, cuando se desconecta a una persona de un respirador artificial señalando que la conexión a él constituye un medio extraordinario.

## Aspectos Legales

### 2.1. Antecedentes generales

Dentro de los antecedentes para llegar a una legislación de la eutanasia es posible señalar los siguientes:

1. La moción a favor del principio de la eutanasia voluntaria presentada en la Cámara de los Lores en 1950.
2. El Voluntary Eutanasia Bill presentado al Parlamento inglés en 1969.
3. La carta de los derechos del enfermo, aprobada en 1973 por la Asociación Americana de Hospitales, en la que figura el derecho a morir con dignidad.
4. El Proyecto de ley presentado a la Cámara de los Lores en 1975.
5. El Manifiesto a favor de la Eutanasia publicado en 1975.
6. El reconocimiento de la Comisión de Asuntos Sociales y de la Salud del Consejo de Europa en 1976 del derecho que tienen los enfermos a que se les evite cualquier sufrimiento.
7. La Ley del Estado de California en virtud de la cual todo adulto tiene derecho a rechazar toda cura que no tenga otro resultado que retrasar una muerte inminente e inevitable.
8. El Referéndum del cantón de Zurich el 25 de septiembre de 1977.
9. El Proyecto de ley presentado el 13 de abril de 1978 al Senado francés.
10. El Proyecto de ley Español propiciado por César Rodríguez Aguilera en 1988.
11. Propuesta de regulación alternativa elaborada por el Grupo de Estudios de Política Criminal Española.

### 2.2. Regulación de la eutanasia en Holanda

En Europa los países bajos han establecido reformas legales que otorgan inmunidad legal a los

médicos que practican la eutanasia, incluso en su modalidad activa directa.

La discusión sobre la regulación de la eutanasia en Holanda comenzó cuando a raíz de una sentencia dictada por el Juzgado de Leeuwarden el 21 de febrero de 1973 que consideró como fundamento jurídico el estado de necesidad y estableció cuatro requisitos bajo los cuales la eutanasia no sería castigada, siempre que concurrieran junto con el dictamen previo de un especialista médico de sanidad estatal. De esta manera la eutanasia sería aceptable si cumplía con las siguientes condiciones:

- que el paciente padeciera de una enfermedad médicamente incurable.
- que el paciente experimentara un sufrimiento insoportable.
- que el paciente solicitara el deseo de terminar su vida.
- que el acto se realizara por el médico que trata al paciente o que es consultado por éste.

Durante la década de los años setenta la práctica de la eutanasia se fue extendiendo bajo el amparo de esta sentencia. Si en el proceso se demostraba que se daban estas condiciones, el médico era absuelto. En la década de los años ochenta comenzaron a darse diferencias entre los distritos judiciales y en algunos de éstos los médicos podían ser arrestados y encarcelados por estas prácticas. En los casos de absolución la causal jurídica consistía en considerar la situación en que se encontraba el médico, el cual debía elegir entre su obligación de cuidar a su paciente y la obligación de cumplir con las leyes en su calidad de ciudadano. Se trataba de eximir de responsabilidad bajo la eximente del estado de necesidad.

En 1982 comienza la preocupación

gubernamental por regular la situación existente. Se toman dos medidas gubernativas que consisten en lo siguiente:

1. Se estableció que la discusión de iniciar o no acciones legales contra un médico quedaba a cargo de los fiscales de distrito, lo cual fue muy criticado porque se otorgaban facultades al fiscal que equivalían a las de un juez o legislador.
2. Se estableció una Comisión estatal sobre la eutanasia integrada por 15 miembros de distintas profesiones.

El informe elaborado por esta Comisión sugirió una modificación al Código Penal despenalizando las prácticas de muerte asistida, (Arts. 292,293,294 del Código Penal Holandés) y señalaban los requisitos que debía cumplir la acción del médico para no ser punible:

- El paciente debe experimentar el sufrimiento como insoportable. El médico discutirá y hablará repetidamente con el enfermo para establecer en forma inequívoca esta experiencia del paciente.
- El deseo de morir debe ser manifestado en forma persistente y mantenida.
- No existan ningunas posibilidades de mejoría de la situación del paciente.
- La petición debe ser voluntaria y sin que existan presiones externas ni coacciones internas (depresión). El médico se asegurará, en privado, de la voluntariedad por parte del paciente.
- Antes de llevar a cabo una petición de eutanasia activa voluntaria o suicidio asistido el médico debe consultar, al menos, con otro colega que no esté directamente vinculado con el caso, que hablará con el paciente y examinará su situación biológica. Estas consultas son un signo claro de que se está proporcionando todo el cuidado técnico necesario.
- El médico no debe emitir un certificado de defunción por muerte natural. Además está

obligado a estudiar la historia del paciente.

Este informe no tuvo gran repercusión. Posteriormente tuvo bastante discusión el tema de la eutanasia, se presentaron proyectos de ley en 1987 y 1989 sin que tuvieran aprobación.

En 1990 el Gobierno Holandés tomó dos decisiones importantes:

1. Crear una nueva Comisión a cargo del profesor Rimmelink que tenía por objeto redactar un informe acerca de la práctica de la eutanasia con el fin de evaluar su regulación legal.
2. Negociar con la Real Asociación médica Holandesa un procedimiento uniforme de notificación oficial de los actos de eutanasia para lo cual se modificará la estructura del Acta de Defunción.

La Comisión Rimmelink encargó un estudio de carácter nacional al Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Eramus de Róterdam.<sup>29</sup> El informe estudió la presencia y condiciones en que los médicos holandeses toman tres tipos de decisiones en torno al final de la vida de los pacientes:

1. Retirada o no inicio de los tratamientos de soporte vital.
2. Tratamiento del dolor con derivados opiodes a dosis potencialmente mortales.
3. Eutanasia y suicidio asistido.<sup>30</sup>

Se detectaron 128.876 muertes como consecuencia de alguna de estas tres decisiones los que se analizaron de la siguiente manera:

• A petición expresa del paciente	1.300
• Sin petición del paciente	1.000
• Suicidio asistido	400
• Decisiones de no tratamiento	22.500
• Tratamiento del dolor con opiáceos	22.500

De los 405 médicos entrevistados se concluyó lo

siguiente:

- El 54% ha realizado actos de eutanasia o suicidio asistido alguna vez.
- El 24% nunca los ha realizado, pero lo harían en determinadas circunstancias.
- El 8% nunca los ha realizado ni los harán, pero remitirán el paciente a otro médico.
- El 4% nunca los ha realizado, ni los hará, ni remitirá el paciente a otro médico.

Respecto a la Eutanasia y Suicidio Asistido :

- Los pacientes tienden a ser jóvenes, varones y diagnosticados de cáncer.
- Los pacientes alegan pérdida de dignidad (54%), dolor (46%), etc, muerte indigna (46%), etc.
- Unos 9.000 pacientes al año hacen una petición de este tipo a su médico.
- Son los médicos de familia los que más frecuentemente realizan este tipo de actos.

Respecto a las Decisiones de No Tratamiento:

- Los pacientes afectados tienden a ser ancianos y mujeres.
- Los pacientes son enfermos con cáncer, enfermedades cardiovasculares o enfermedades degenerativas del SNC.
- En el 30% de los casos la decisión había sido discutida con el paciente.
- En el 88% de los casos en que no se había discutido con el paciente, éste era incompetente.
- Son los médicos de residencias asistidas los más implicados en este tipo de decisiones.

Respecto al tratamiento del dolor con Opiáceos:

- Los pacientes tienden a ser jóvenes, mujeres y diagnosticadas de cáncer.
- Un 82% de los médicos que usó altas dosis era conciente de la posibilidad de producir la muerte.
- En un 40% de los casos el médico discutió esta cuestión con el paciente.

- En el 73% de los casos en que no había discutido con el paciente, este era incompetente.

- El 6% de los médicos reconocieron que el objetivo prioritario era acortar la vida.

Simultáneamente al estudio de la Universidad de Eramus se realizaba otro estudio por un grupo de investigadores con el objetivo de averiguar con qué frecuencia los médicos de familia reciben peticiones de eutanasia y suicidio asistido, cuantas veces acceden a estas peticiones y de acuerdo a qué criterios.<sup>31</sup> El resultado de este estudio, denominado "Informe Van der Wal" fue el siguiente:

- El 60% de los médicos dialogan sobre este tema con una media de entre 1 y 5 pacientes por año.
- En el 83% de los casos, la iniciativa de la discusión proviene del paciente.
- Ya en la primera discusión, un 35% hacen una petición expresa al médico.
- El total de los médicos de familia holandeses reciben unas 5.000 peticiones expresas de eutanasia o suicidio asistido por año.
- La eutanasia se solicita con una frecuencia de 3,5 veces superior que el suicidio asistido.
- En dos tercios de los casos la petición es sólo verbal, en un tercio se acompaña de solicitud escrita.
- Las tres principales razones aportadas por los pacientes para sus peticiones son, por orden de importancia:

1. Evitar sufrimientos inútiles.
2. Evitar un sentimiento de humillación.
3. Evitar sufrimientos insoportables.

- El 12% de los médicos no consultaron a ningún otro profesional sanitario sobre la petición realizada.

- Más del 50% de los médicos no lo consultaron o comunicaron a la enfermera encargada del paciente.
- En total se estima que los médicos realizan unos

2.000 actos de este tipo al año.

- La eutanasia es realizada con una frecuencia 3 veces superior al suicidio asistido.
- El tiempo que media entre la primera petición expresa y su realización es siempre menor de un año. En las tres cuartas de las veces es menos de un mes.
- El tiempo que media entre la última petición expresa y su realización es menor de una semana en 9 de cada 10 casos.
- Más del 50% de los médicos que realizaron estos actos no dejaron ninguna constancia escrita de lo sucedido.
- Un 26% no firmaron un certificado de defunción alegando “causas naturales”, con lo que se exponen a ser investigados judicialmente.

El informe Rammelink como el informe Van der Wal coincidieron en señalar que los casos de eutanasia eran de alrededor de 2.000 al año y el suicidio asistido de aproximadamente 400 al año. Lo más significativo para el debate de la eutanasia en Holanda fue que los estudios arrojaron que se producían al año aproximadamente 1.000 casos de eutanasia sin petición expresa del paciente, considerando que en Holanda se aceptaba la eutanasia siempre que mediara petición expresa del paciente. En este último caso los autores del informe Van der Wal explicaban que en la mayoría de los casos en que no había petición expresa del paciente se debía a que el enfermo había empeorado rápidamente y no se había podido discutir la cuestión o se trataba de personas mayores que pensaban que el médico haría lo mejor o que no había aún un cambio de mentalidad en la sociedad holandesa que permitiera discutir abiertamente la cuestión. Posteriormente señalaron que para entender cómo se aplica la eutanasia en Holanda es necesario saber que la solicitud del paciente no es la única base en

la que se apoya la decisión del médico. A parte de la petición debe existir siempre la convicción del médico de que la eutanasia es la única salida aceptable para el sufrimiento del paciente, llegan a la conclusión que “los propios médicos son agentes morales responsables y no meros instrumentos de la voluntad del paciente”. Por lo tanto la eutanasia se basa en los principios de autonomía y beneficencia y señalan que en casos de extremo sufrimiento está justificado terminar con la vida del paciente aunque éste no lo haya solicitado explícitamente.<sup>32</sup>

Posteriormente del informe Rammelink el gobierno Holandés realizó su propuesta legislativa que consistía en la modificación del acta de defunción incluyendo en ella una notificación oficial en cuatro pasos de las muertes ocurridas por eutanasia o suicidio asistido, no se modificaría el Código Penal ni se promulgaría una ley relativa a la eutanasia. La Modificación del acta de defunción consistiría en incluir un cuestionario que indagaría si el médico ha actuado en conformidad a los criterios establecidos por los jueces, y de no cumplirse con ellos, en teoría se procedería a encausar al médico y a condenarlo en el caso que se demuestre su actuación irregular. Esta propuesta fue aprobada en noviembre de 1993. Se señala que el objetivo fundamental de esta ley fue hacer que los casos de eutanasia y suicidio asistido sean actos públicos para evitar los abusos que aumentan cuando las prácticas eutanásicas se mantienen en la privacidad.

El 30 de noviembre de 1993 se aprobó la ley que regula la aplicación de la eutanasia. Los principales criterios que se establecen en la ley holandesa respecto a la eutanasia son los siguientes:<sup>33</sup>

a) Autorización de la práctica de la eutanasia activa y pasiva: Cualquier paciente en estado terminal puede solicitar la aplicación de la eutanasia, sea mediante la aplicación de los procedimientos médicos

destinados a obtener la muerte del paciente o de la aplicación o supresión de tratamientos que mantienen artificialmente la vida. La solicitud del paciente es esencial, de no existir ésta se inicia un proceso penal destinado a hacer efectivo la responsabilidad de quien practica la eutanasia.

b) Voluntad del paciente como requisito esencial para la práctica de la eutanasia: La voluntad del paciente es esencial para la exención de la responsabilidad penal del médico, quien debe señalar cómo fue manifestada la voluntad del paciente, si fue reiterada en el tiempo, si consta por escrito y si se consultó a los familiares de la decisión del paciente. Se establece como requisito para solicitar la aplicación de eutanasia que el paciente esté conciente, que la enfermedad sea de carácter incurable y acompañada de dolores o sufrimientos insoportables, que la solicitud de eutanasia sea en forma clara y reiterada y que el médico consulte a otro facultativo y a la familia del paciente sobre la aplicación de la eutanasia.

c) Establece un procedimiento administrativo para la aplicación de la ley: Dentro del procedimiento intervienen tres funcionarios: el médico, el forense y el fiscal. El médico debe realizar un informe detallado sobre cuatro puntos

- La historia del caso
- Petición de terminación de la vida.
- Terminación activa de la vida sin petición explícita del paciente.
- Consulta a otros médicos y la identificación de estos.

Este informe se remite al forense quien elabora un segundo informe acerca de la muerte de la persona y da su opinión frente al informe recibido. Este segundo informe es enviado al fiscal quien revisa el caso de acuerdo a la legislación actual y a la interpretación de la jurisprudencia.

a) Vigencia de las Normas Penales que sancionan la eutanasia: Las normas que sancionan la eutanasia y el suicidio asistido se mantienen. Esto significa que el médico que practica la eutanasia no necesariamente queda eximido de responsabilidad penal, ello ocurrirá sólo si cumple con los requisitos establecidos por la ley.

e) Trascendencia de la Jurisprudencia en la regulación de la eutanasia: El fiscal al momento de evaluar el informe presentado accede a la legislación y a la jurisprudencia de los fallos que se pronuncian sobre la eutanasia.

Desde el año 1994 los jueces holandeses han comenzado una etapa de mayor liberalización de los requisitos en la práctica de la eutanasia considerando no esencial exigir que el paciente sea un enfermo terminal, extendiendo la posibilidad de la eutanasia a enfermedades irreversibles y de otro tipo.

En conclusión, uno de los principios rectores en Holanda respecto a la eutanasia es que esta constituye una expresión de la autonomía de los pacientes y basado en razones de beneficencia para éstos.

Actualmente en Holanda está en tramitación un proyecto de ley que legaliza la eutanasia y el suicidio asistido. El proyecto fue aprobado el 28 de noviembre de este año en la Cámara Baja del Congreso por 140 votos contra 40. La etapa siguiente de la tramitación es el Senado donde existe gran probabilidad de ser aprobado por cuanto los partidos políticos favorables al proyecto de ley son mayoritarios en el Senado.<sup>34</sup>

El proyecto contempla que se podrá poner fin a la vida de los pacientes terminales que lo soliciten cuando se cumplan tres condiciones:

1. Que el enfermo padezca un dolor insoportable e incesante.

2. Que el enfermo debe haber pedido en varias ocasiones que el médico le ayude a morir.

3. Se debe contrastar el diagnóstico médico con una segunda opinión clínica.

El proyecto establece además, que la eutanasia debe realizarse de la manera clínicamente más apropiada.<sup>35</sup>

### 2.3. Regulación de la eutanasia en Alemania e Italia

En Alemania surge en 1986, a iniciativa de un conjunto de abogados penalistas y médicos de distintas especialidades un proyecto alternativo sobre el hecho médico eutanásico y la ayuda al suicidio regulándose la eutanasia pasiva, la adistanacia y la eutanasia activa indirecta. Este proyecto no dio origen a una ley, sin embargo ha influido en la opinión especializada alemana respecto a la eutanasia. En la práctica, discutiéndose su validez se utilizan las llamadas “disposiciones del paciente” que consisten en que los usuarios del sistema hospitalario declaran que no desean que se prolongue su vida en caso de inconsciencia irreversible.

En Italia el proyecto legislativo presentado por un grupo de parlamentarios en 1984 permite que la eutanasia se aplique en su modalidad pasiva.

### 2.4. Regulación de la eutanasia en España

En España el proyecto propiciado por César Rodríguez Aguilera en 1988 propone una regulación de la eutanasia señalando que “las bases sobre las que dicha legislación deberá establecerse serían el reconocimiento del testamento vital – como documento con validez vinculante a terceros – y la despenalización de la ayuda altruista para poner fin a la vida de quien no quiera prolongarla en condiciones tales que considera indigna”.<sup>36</sup>

El Proyecto pretende un reconocimiento legal de la eutanasia pasiva. Los criterios jurídicos que

desarrolla el proyecto pueden sintetizarse en los siguientes:<sup>37</sup>

a) Derecho a elección del paciente sobre el tratamiento que se le aplicará. El paciente debe ser mayor de edad y jurídicamente capaz, pudiendo aceptar o rechazar el tratamiento que se le proponga.

b) Regulación en el caso de no haber manifestación de voluntad del paciente. En el caso que el paciente sea un menor de edad o un incapacitado mental o se encuentre en estado inconsciente el médico deberá consultar a su tutor o a sus parientes más próximos y de acuerdo con ellos decidir la conducta a seguir.

c) Reconocimiento de la voluntad preexistente del paciente. Se reconoce valor a la voluntad del paciente manifestada con anterioridad a su enfermedad mediante un testamento vital, estableciéndose las formalidades que debe cumplir el otorgamiento de este testamento.

d) Posibilidad de solicitar la aplicación de tratamientos paliativos. El paciente puede pedir al médico que le aplique tratamientos paliativos aunque ello no impida o acelere su muerte. El médico que manifiesta su disconformidad con el tratamiento no tiene obligación de otorgarlo y queda exento de responsabilidad siempre que transfiera el cuidado del paciente a otro médico. El tratamiento debe hacerse previa comunicación a la familia más próxima del paciente, siendo requisito la petición reiterada de éste y el conocimiento de su enfermedad y de las perspectivas y posibles soluciones de ésta.

e) Exención de responsabilidad. Se establece que ninguna persona, institución o médico, o el propio paciente, tendrá responsabilidad alguna por el hecho de dar cumplimiento a lo dispuesto en el testamento vital.

En España también destaca la Propuesta Alternativa al tratamiento jurídico de las conductas

de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida que se suscribió en Alicante el 12 de febrero de 1993 por un conjunto de juristas españoles provenientes principalmente del área del derecho penal. Dentro de esta propuesta se establecen como principios a seguir los siguientes:

a) Definiciones esenciales. Esta parte es interesante para entender muchos de los conceptos que se utilizan en el tratamiento de la eutanasia, en el proyecto se define:

*Enfermo terminal:* Aquella persona que como consecuencia de una lesión o enfermedad padece, según los actuales conocimientos médicos, una afectación incurable y que le ha hecho entrar en forma irreversible en el proceso que le conducirá inevitablemente en un plazo breve hacia la muerte.

*Prolongación artificial del proceso irreversible de muerte:* se entiende la aplicación a un enfermo terminal de todo tipo de tratamientos médicos o quirúrgicos, con inclusión de los procedimientos y aparatos propios de la medicina intensiva, que se limita, por medio del mantenimiento, reactivación o sustitución de las funciones vitales, a prolongar el proceso natural de la muerte, posponiendo el momento de ésta.

*Lesión, enfermedad o minusvalía incurables y permanentes:* aquellas respecto de las cuales, según los actuales conocimientos médicos no existen posibilidades fundadas de curación y hay seguridad o gran probabilidad de que van a persistir durante el resto de la existencia de la persona.

*Graves sufrimiento padecidos:* cualesquiera situaciones de carencia de bienestar físico o psíquico que, siendo consideradas socialmente de importancia, resultan subjetivamente insoportables para el afectado.

*Supresión de vida vegetativa:* todo compartimiento activo u omisivo que conlleve la

interrupción o no iniciación de los tratamientos médicos o quirúrgicos que mantengan de modo permanente o temporal esa vida con pérdida irreversible de conciencia.

*Supresión de la prolongación de la vida artificial del proceso irreversible de la muerte:* todo comportamiento activo u omisivo que conlleve la interrupción o no iniciación de los tratamientos médicos o quirúrgicos que prolongan artificialmente el proceso irreversible de la muerte.

*Repercusión en un acortamiento de la vida:* efecto posible, probable o incluso seguro que se derive colateralmente de la aplicación de un tratamiento orientado de un modo directo a liberar o aliviar de graves sufrimientos, no evitables o notoriamente atenuables de otro modo, y siempre que no consista éste en la provocación inmediata de la muerte, de una situación de enfermedad o de una pérdida de conciencia irreversible.

*Incapacidad generalizada de valerse por sí misma:* la imposibilidad física en que se encuentra la persona afectada para causarse por sí misma la muerte.

*Solicitud seria:* aquella solicitud que ha sido formulada por un sujeto, ya sea en condiciones existenciales desfavorables que son consideradas socialmente de importancia y que le resultan subjetivamente inaceptables, ya sea padeciendo graves sufrimientos, y que además se presta, a juzgar por su reproducción durante un período de tiempo suficientemente significativo en el caso concreto, de modo que elimina cualquier tipo de duda razonable sobre el carácter definitivo de su decisión.

b) Tratamiento jurídico diverso de acuerdo a la situación concreta. Se delimitan las hipótesis en que se aplicará la ley. La primera hipótesis señala que la eliminación o mitigación de los sufrimientos que no provoquen un acortamiento de la vida y las

actuaciones en caso de muerte clínica son irrelevantes para el ordenamiento jurídico. La segunda hipótesis contempla situaciones que requieren de regulación jurídica específica porque se contribuye al ejercicio de la disponibilidad de la propia vida.

c) Se autoriza la práctica de la eutanasia pasiva en caso de vida vegetativa.

d) Derecho del paciente terminal a que no se alargue su vida por medios artificiales.

e) Derecho a solicitar la aplicación de tratamientos paliativos que tengan como consecuencia un acortamiento de la vida, es decir, el derecho a solicitar la práctica de la eutanasia pasiva.

f) Derecho a solicitar la práctica de la eutanasia activa. Se establece como requisito que el paciente padezca de grandes dolores como consecuencia de su enfermedad y que esta sea de carácter terminal. Se requiere como elemento esencial la solicitud del paciente, pues de no mediar solicitud se tipificaría el delito de homicidio.

Este proyecto sanciona la inducción a la práctica de la eutanasia y considera al suicidio como una forma de eutanasia.

## 2.5. Antecedentes de la regulación de la eutanasia en Estados Unidos

En Estados Unidos casi a la par de la aprobación de la ley holandesa de 1993 se celebraban una serie de referendos por los que se autorizaba la aplicación de la eutanasia. En principio fue la jurisprudencia quien reguló el tema de la eutanasia. Durante la década de los años setenta surgieron los Testamentos Vitales o la práctica del "Living-Will" que fue defendida por los movimientos pro-eutanasia. Esta práctica, debido a la falta de valor legal de los testamentos vitales produjo una serie de conflictos lo que motivó la necesidad de dar reconocimiento

legal a estos documentos. El Estado de California fue el primero en otorgar valor legal a los testamentos legales el año 1976 en virtud de la Ley sobre Muerte Natural. En 1989 ya existían 38 Estados que aceptaban la validez de estos documentos. También comenzó a aceptarse la validez de un documento en el que se autorizaba a otra persona para decidir sobre la prolongación o no de la vida en el caso de llegar a la situación de enfermo terminal.

En Estados Unidos la mentalidad en torno a la eutanasia, sin embargo, difiere de la de Holanda. En general tanto médicos como ciudadanos son más renuentes a la eutanasia a diferencia del suicidio asistido, teniendo mayor flexibilidad frente a éste último el que incluso no es penalizado en algunos estados de este país.

Uno de los casos que hizo resaltar la necesidad de una regulación legal de la eutanasia es la práctica realizada por el doctor Jack Kevorkian, conocido como el "doctor muerte" quien diseñó una máquina para asistir la muerte de sus pacientes.<sup>38</sup>

El Estado de Michigan aprobó en 1993 unas disposiciones legales transitorias que penalizan temporalmente el suicidio asistido hasta que una comisión elaborara un informe que señalare la mejor forma de legalización.

El doctor T. Quill<sup>39</sup> en 1992 con la colaboración de los doctores C.K.Cassel y D.E. Meier desarrolló y publicó algunos criterios clínicos de suicidio asistido con la finalidad de prevenir abusos en esta materia y dar una opción a los enfermos incurables. El propósito de los autores era apreciar la situación privada de los pacientes como la repercusión pública en la ética civil. Estos criterios eran los siguientes:

1. El paciente tiene que expresar por propia iniciativa y de forma clara y reiterada que desea morir antes que continuar sufriendo.

2. El juicio del paciente no debe estar distorsionado. Debe ser capaz de comprender la decisión, sus implicancias y consecuencias.

3. El paciente tiene que padecer un proceso incurable y que esté asociado a un sufrimiento intenso.

4. El médico tiene que asegurarse de que el sufrimiento y la petición del paciente no son el resultado de la ausencia de cuidados adicionales.

5. El suicidio médicamente asistido sólo debe ser llevado a cabo en el contexto de una relación médico paciente significativa. Aunque puede no ser posible una relación anterior, el médico tiene que llegar a conocer personalmente al paciente para que las razones de la petición sean totalmente comprendidas.

6. Se requiere la consulta con otro médico con experiencia en cuidados paliativos.

7. Se requiere una documentación clara que apoye cada una de las decisiones previamente expuestas (siempre y cuando un proceso como éste llegue a ser públicamente autorizado). Se desarrollará un sistema para comunicar, revisar, estudiar y distinguir claramente tales muertes de otras formas de suicidio.

En cuanto a las iniciativas legislativas la Hemlock Society fundada por Derek Humphry, una de las asociaciones a favor de la muerte digna, ha sido la impulsora de las iniciativas legislativas en Estados Unidos.

El primero de los proyectos fue la Iniciativa 119 que trataba de modificar el acta de muerte natural del Estado de Washington. Se habla de legalizar la muerte médicamente asistida para los enfermos terminales, el proyecto no distinguía entre eutanasia y suicidio asistido. A finales de 1991 fue rechazado este proyecto. El segundo proyecto fue la Propuesta 161 de 1992 que pretendía legalizar la muerte

médicamente asistida en el Estado de California. Este proyecto explicaba de mejor forma que se trataba de eutanasia como de suicidio asistido. También este proyecto fue rechazado. El tercer proyecto, Ballot Measure 16 pretendía que el Estado de Oregon legalizara exclusivamente el suicidio asistido de los enfermos terminales. Este proyecto fue aprobado en noviembre de 1994. Esta Ley en estricto rigor regula el suicidio médicamente asistido y no la eutanasia ya que no trata los casos en que el enfermo terminal no puede terminar con su vida por sí mismo. Según el doctor T. Quill en la redacción de la ley de Oregon la distinción entre eutanasia y suicidio asistido es poco relevante y que lo decisivo son criterios de control de los casos de muerte asistida. En opinión de otros, esta Ley legitima la práctica de la eutanasia y establece como principio que la eutanasia estará limitada a casos extremos y siempre que al paciente se le hayan dado todas las alternativas de solución distintas de la eutanasia, destacándose el carácter subsidiario de la eutanasia para el paciente.<sup>40</sup> Los criterios que señala esta ley son los siguientes:

a) Permite la práctica de la eutanasia activa  
 b) Establece como requisito esencial la voluntad del paciente que solicita la eutanasia. Se estima necesario una decisión informada de parte del paciente. Dentro de la información que el paciente debe recibir de parte de su médico se incluye la posibilidad de que el paciente pueda recibir un asesoramiento mediante el cual pueda ser examinado por un psiquiatra o un psicólogo autorizado para determinar que el paciente no sufra de una alteración psiquiátrica o psicológica o una depresión que incida en su juicio al tomar la decisión. Con el requisito de la decisión informada se pretende asegurar que la manifestación de la voluntad del paciente sea reflejo de su querer interno.

c) Se establece una aplicación restrictiva de la

eutanasia, es decir bajo determinados requisitos:

1. Debe tratarse de un paciente terminal que la ley define como "Aquel que está afectado por una enfermedad incurable e irreversible, y que conforme al juicio del médico razonable, producirá la muerte dentro de seis meses".

2. La condición de enfermo terminal debe ser determinada por un procedimiento que e síntesis consiste en la revisión de su calidad de enfermo terminal por dos médicos.

3. Deben transcurrir más de 15 días entre la manifestación de la voluntad oral del paciente y la entrega de los medicamentos que causen la muerte y más de 48 horas en el caso de manifestación de voluntad escrita.

d) Participación activa de los médicos en la práctica de la eutanasia. El médico debe asegurarse que se hayan cumplido todos los requisitos que la ley establece antes de otorgar los medicamentos que causen la muerte del paciente.

e) Exención de responsabilidad de los médicos que intervienen en la práctica de la eutanasia. El requisito es que los médicos, el personal sanitario y los establecimientos de salud donde se practique la eutanasia, de buena fe, cumplan con la ley.

f) Criterio de subsidiariedad en la práctica de la eutanasia. Se establece que la eutanasia procederá en casos extremos y siempre que al paciente se le hayan dado todas las alternativas de solución posibles.

## 2.6. Análisis de la eutanasia en el Derecho Español

El Derecho español no tiene una regulación explícita de la eutanasia.

En general los autores coinciden que la eutanasia indirecta no es punible si los remedios suministrados para desviar el dolor del paciente han sido suministrados por el médico de acuerdo a la

Lex Artis.

Respecto a la eutanasia activa directa será punible en todos los casos. Sin embargo, se hace la siguiente distinción:

Si la muerte es solicitada por el paciente el hecho cabría en la figura del auxilio al suicidio, incluso si el ejecutor es un familiar, pues no sería aplicable el tipo de parricidio cuya pena es muy superior a la del auxilio al suicidio; si no media consentimiento del paciente ya sea porque no puede darlo, no se contó con su voluntad, se opuso o simplemente tuvo una actitud pasiva la conducta eutanásica quedaría bajo la figura del homicidio doloso o posiblemente asesinato al estimarse que pudo haber alevosía al quitarle la vida a una persona indefensa y desvalida.

Según el profesor Carlos María Romeo en los casos de eutanasia pasiva se produce la muerte de la persona al omitir una acción que podría haber evitado el fallecimiento. Señala que la omisión puede ser la consecuencia de a) la petición del enfermo, ya sea en forma oral o escrita b) puede darse la situación de que el enfermo no pueda manifestar su voluntad como una persona en coma o un recién nacido c) que expresando su voluntad ésta no sea jurídicamente válida como es el caso de un deficiente mental o de un niño. El que omite la acción que podía haber impedido la muerte, teniendo la obligación jurídica de actuar, podrá ser responsable de un delito doloso de homicidio en comisión por omisión. La obligación jurídica de actuar se determina por la posición de garante que tiene una persona respecto de la vida de otra, como es el caso de los familiares que ejercen la representación o la patria potestad del enfermo, el caso del médico y en algunos casos la enfermera que ha asumido la asistencia del paciente y éste se ha encomendado a él. Si no puede establecerse la existencia de la obligación de garante, entonces la no prestación de ayuda da origen a un

delito de omisión del deber de socorro.

En los casos de interrupción de tratamientos, la iniciación o continuación de éstos será exigible sólo en el caso que exista una posibilidad por parte del médico de recuperar la vida del paciente, si ello no es posible, considerando la situación concreta del paciente y los criterios de la Lex Artis<sup>41</sup> no existe el deber de iniciar o continuar los tratamientos, con excepción de los tratamientos paliativos destinados a calmar los sufrimientos del paciente. De continuar con el tratamiento cuando no existen perspectivas de recuperación constituiría un atentado en contra de la dignidad de la persona humana.

Enrique Gimbernat Ordeig (catedrático de Derecho Penal, Universidad Complutense, Madrid)<sup>42</sup> señala que la discusión jurídica penal sobre la eutanasia tiene por objeto tres situaciones:

1. Aquella en que existe la seguridad o el riesgo considerable de una muerte próxima del paciente quien puede estar soportando al mismo tiempo dolores agudos.

2. Aquella en que la muerte no aparece como peligro inmediato, pero la persona, como consecuencia de por ejemplo un accidente de tránsito o una acción de guerra tiene que cargar con la existencia de dramáticas amputaciones o pérdida de alguno o de algunos de los sentidos lo cual a menudo va acompañado de graves padecimientos físicos.

3. Aquella situación en que no existe peligro inminente de muerte, ni tampoco padecimiento de dolores agudos, pero el enfermo ha perdido irreversiblemente la conciencia y es mantenido con vida con la ayuda de aparatos de reanimación.

No se presenta problema penal alguno en el caso de que independientemente que se mantengan otras funciones como la respiratoria y la circulación, existe muerte cerebral ya que éste es el momento

que médica y jurídicamente determina el fallecimiento de la persona, de ahí que esté fuera de discusión que la desconexión en tal caso de un aparato de respiración no constituye delito alguno. Ahora si no se ha producido la muerte cerebral podría pensarse en la eventual existencia de un delito contra la vida de la persona que se encuentra en alguna de las situaciones señaladas. El profesor Gimbernat plantea que tanto la eutanasia indirecta como la pasiva suponen la anticipación de la muerte de la persona y en un primer análisis estas figuras parecieran cumplir con todos los requisitos constitutivos de un delito contra la vida, o al menos de una omisión del deber de socorro.

El profesor plantea la tesis de que en las tres situaciones que él expone, cuando media el consentimiento del paciente, los tipos de homicidio o de la omisión del deber de socorro estarán justificados por la eximente de responsabilidad penal del Estado de Necesidad del artículo 8.7 del Código Penal Español y por consiguiente la eutanasia no será punible. El fundamento de esta afirmación se encuentra en considerar que la eutanasia protege cuatro derechos fundamentales:

1. El Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad (Art. 10.1 Constitución Española) debido a que la personalidad se manifiesta no sólo en la vida, sino también en la muerte que la persona elige.

2. El Derecho a la Dignidad de la Persona (Art. 10.1 C.E.) será reconocido en la eutanasia, pues es el paciente afectado quien está más legitimado para decidir, en la situación límite en la que se encuentra, dónde está la dignidad.

3. El Derecho a la Libertad Ideológica de los individuos (Art. 16 C.E.) debido a que el único argumento para justificar en estos casos el por qué de la prescindencia de la voluntad del enfermo y mantenerlo vivo es el argumento de que sólo Dios

puede disponer de la vida humana, pero este argumento carece de validez ética fuera del marco estrictamente religioso y no puede ser compartido por los ateos que también son ciudadanos.

4. El Derecho a la No Aplicación de Tratos Inhumanos (prohibidos en el artículo 15 C.E.) debido a que las unidades de cuidados intensivos a veces pueden resultar ser una cámara de tortura del paciente constituyéndose la eutanasia en el final de estos tratos inhumanos.

Sin embargo, la eutanasia lesiona el derecho fundamental a la vida (Art 15 C.E) pero al tratarse de una vida devaluada en cuanto su final está próximo o se ha convertido solamente en un procedimiento físico y muchas veces es incompatible con la existencia del derecho a no soportar tratos inhumanos. Por lo tanto, no se desconoce que la eutanasia voluntaria cumpla formalmente con un tipo delictivo, normalmente el homicidio consentido, pero el acto estaría justificado por un Estado de Necesidad, pues junto a la lesión de un único derecho fundamental surge también la defensa de los demás derechos fundamentales mencionados.

La conclusión a que llega el profesor Gimbernat se funda en el consentimiento del paciente que desea morir. Sin embargo, según el autor, existirían dos casos en que se llega a la misma conclusión considerando la situación objetiva en que se encuentra el enfermo: Primero, en los casos en que el pronóstico del enfermo es mortal y la enfermedad está en un proceso irreversible, no existe responsabilidad penal alguna cuando el médico no actúa o no mantiene las medidas de asistencia ya iniciadas. En este caso se trata de comprender de que los instrumentos de reanimación se han ideado para mantener artificialmente la vida de aquellas personas que tienen posibilidades de sobrevivir y no con el objeto de crear cadáveres vivos, de devolver la vida a

las personas y no de prolongar su agonía. En este caso el interés contrapuesto de otros pacientes con mejor pronóstico y el ejercicio legítimo de la profesión médica exigen no aplicar o interrumpir los tratamientos socorriendo de esta manera a una persona desamparada a la que los aparatos de reanimación no dejan morir. El segundo caso es aquel en que el consentimiento del paciente es jurídicamente irrelevante debido a la situación en que este se encuentra como por ejemplo aquellos que se hallan en coma irreversible sin posibilidades de recobrar la conciencia. En este caso se aplica el mismo fundamento anterior, pues los instrumentos de reanimación tienen por objeto devolver la vida y consistencia a la persona que en estos casos no es posible.

El profesor José Miguel Zugaldía<sup>43</sup> distingue los casos de eutanasia en que está fuera de discusión su impunidad de aquellos en que no se discute su penalidad y finalmente aquellos en que actualmente se centra la controversia:

Respecto a los casos lícitos de eutanasia señala que la doctrina absolutamente dominante admite que son lícitas y por lo tanto no requieren un pronunciamiento expreso del legislador:

- La eutanasia pasiva por omisión
- La eutanasia pasiva por acción
- La eutanasia activa indirecta

Por eutanasia pasiva entiende “la interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos que producen los procedimientos de no instauración de la muerte en enfermos terminales o la vida puramente vegetativa (inconsciente) y carente de perspectivas terapéuticas de mejoría”.

Respecto a la eutanasia pasiva por omisión, ésta será lícita cuando el médico no esté obligado a prolongar la vida del paciente contra su voluntad. Se

señala además que cuando el paciente rechaza por libre voluntad el tratamiento médico el deber del médico decae y la adopción de tratamiento médico por éste contra la voluntad del paciente configuraría un delito de coacciones. Cómo el médico no tiene obligación jurídica de garante del paciente no podría configurarse en delito de homicidio por omisión ni tampoco el delito de auxilio al suicidio.

Respecto a la eutanasia pasiva por acción: ésta consistente en la supresión de los procedimientos técnicos con los fines de no privilegiar el sufrimiento. Es lícita en los casos en que, sin producirse aún la muerte cerebral no se vislumbra en absoluto posibilidades de recuperación del paciente. En este caso no se dan los presupuestos del delito de homicidio porque el resultado de muerte que eventualmente se produzca no es consecuencia de una acción que cree para el bien jurídico de la vida un riesgo desaprobado, no existe desaprobación en estos casos, pues de lo contrario habría que llegar a la conclusión de que el ordenamiento jurídico aprueba la acción de prolongar la agonía.

Respecto a la eutanasia activa indirecta: se señala que esta forma de eutanasia sería impune distinguiéndose, en doctrina, dos argumentaciones para ello:

1. Algunos autores sostienen que la eutanasia activa indirecta escapa a la figura del delito de homicidio en el sentido de que el médico no crea un riesgo desaprobado para el bien jurídico de la vida sino que por el contrario su actuar se orienta a reducir los dolores del paciente y no a ocasionarle la muerte.

2. Otros autores sostienen que aunque la eutanasia activa indirecta se considerara un acto típico estaría justificada por la concurrencia de un estado de necesidad. Esos autores difieren en la fundamentación de la eximente de responsabilidad. Para unos el estado de necesidad se fundaría en

una colisión de deberes; por un lado el deber jurídico de respetar la vida y por el otro, el deber jurídico ético-profesional de actuar para calmar o eliminar los dolores del paciente. Otros argumentan una colisión de bienes donde el riesgo de un escaso acortamiento de la vida debe ceder ante la atenuación de los dolores del paciente. Finalmente otros fundamentan la eximente en una colisión de intereses, por un lado el interés general del estado de que se respete la vida ajena y el interés del individuo de tener una muerte libre de agudos dolores.

Respecto a la eutanasia activa directa entendida como la producción mediante una acción positiva de la muerte de una persona en la fase terminal de una enfermedad incurable, actuándose sin el consentimiento de ella, según el autor no se discutiría su punibilidad. En esos casos se discute qué figura delictiva se daría, eso es, asesinato, parricidio u homicidio, en este último caso considerando que habría una disminución en la culpabilidad debido a los móviles de piedad que motivan el accionar del sujeto activo, inclinándose el autor por esta última figura, pues los móviles de compasión serían incompatibles con la figura de asesinato y de parricidio.

En conclusión la forma eutanásica que está dentro del centro del debate y respecto de la cual se discute acerca de su legalización sería la eutanasia activa directa consentida entendida como la producción mediante una acción positiva de la muerte de una persona que la reclama expresamente por estar sometida a un largo y doloroso proceso de una enfermedad mortal respecto de la que se encuentra ya en fase terminal.

De acuerdo a la legislación española la eutanasia activa directa consentida estaría prohibida al quedar bajo la figura del auxilio ejecutivo al suicidio que es sancionado con la misma penalidad del delito de homicidio. Lo anterior es criticado pues el auxilio

al suicidio supone una lesión consentida a la vida, mientras que el homicidio, además de lesionar el bien jurídico de la vida supone una lesión a la autodeterminación personal, por ello se estima que la pena del auxilio al suicidio debería ser menor a la del homicidio. Como se ha señalado en párrafos anteriores en España también existe la opinión (minoritaria según el profesor Zugaldía) de que en los casos de eutanasia activa directa consentida, pese a configurarse un delito de auxilio al suicidio ésta no resulta punible por estar justificada por la eximente del estado de necesidad fundamentándose en que la acción eutanásica es la única forma de garantizar los derechos constitucionales del paciente, como lo sostiene el profesor Gimbernat. Así también el profesor Carbonell ha sostenido que la eutanasia activa directa consentida estaría justificada por el ejercicio legítimo del derecho a la muerte digna, emanado de la dignidad de la persona (Art.8 en relación al Art. 10 C.E. ).

La doctrina dominante niega la posibilidad de aplicar alguna causal de justificación en el caso de la eutanasia activa directa consentida fundándose que al médico le corresponde el deber de respetar la vida y de eliminar el sufrimiento de las personas para que sigan viviendo sin dolor, pero ello no los autoriza a matar ya que la eliminación de la vida no es un medio de liberar a la persona del dolor ni de proteger sus derechos fundamentales. Tampoco consideran adecuado la aplicación de atenuantes genéricas de responsabilidad penal como una solución adecuada determinando la necesidad de un pronuncia miento del legislador.

Entre las propuestas de reforma a la Legislación penal española se plantean cuatro modelos de solución:<sup>44</sup>

1. La legalización pura y simple de todo homicidio consentido, lo que equivaldría a que el hecho de

matar a otro con su consentimiento no sería un acto prohibido por la ley. Esta solución fue rechazada por no responder a ningún problema ni demanda social, por razones político-criminales y éticas (derecho de las personas a la seguridad jurídica y el respeto de la dignidad de la persona). El Tribunal Constitucional español en 1990 rechazó que del derecho a la vida se derive un derecho de la persona a la propia muerte.

2. Considerar como solución solamente una atenuación de la pena.

3. Establecer una exclusión facultativa de la pena. Esta solución se basaría en el párrafo 216 del proyecto Alternativo Alemán de Ley Reguladora de la Ayuda a Morir que señala:

*“Será castigado con la pena de prisión de seis meses a cinco años quien cometa un homicidio a solicitud expresa y seria de quien no quiere vivir más.*

*El Juez podrá dispensar la pena en los supuestos del apartado anterior cuando el homicidio sirve para acabar con un estado de padecimiento grave e insoportable para el afectado, que no puede ser remediado o atenuado por medio de otras medidas”.*

4. La exclusión automática de la pena . Así lo sostuvo la Asociación de Estudios de Política Criminal en su Propuesta Alternativa al tratamiento jurídico de las conductas de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida , que propuso el siguiente texto :

*“El que ejecutare activamente la muerte de otra persona mayor de 18 años que tenga capacidad natural de juicio, a su solicitud expresa, libre y seria, será castigado con la pena de prisión menor.*

*“No será punible la producción de la muerte de otro por parte de un médico o de cualquier otra persona bajo su dirección, si media solicitud expresa, libre y seria de una persona mayor de 18 años que*

*tenga capacidad natural de juicio, siempre que ésta padezca grandes sufrimientos no evitables ni notoriamente atenuables de otro modo y que se deriven de una afectación incurable que le conduciría próximamente a la muerte o que, siendo permanente, le incapacita de manera generalizada para valerse por sí misma”.*

El 8 de noviembre de 1995 se aprobó en España el Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal, el cual en sus nuevas disposiciones regula la eutanasia, aunque sin utilizar el vocablo, como una forma de homicidio y tipifica como omisión del deber de socorro la conducta del profesional que estando obligado denegare asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios cuando esta conducta tenga como consecuencia un riesgo grave para la salud de las personas.

## 1- DEL HOMICIDIO Y SUS FORMAS

### Artículo 143

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
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 llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno a dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

## 2- DE LA OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO

### Artículo 196 (modifica el antiguo Art. 489)

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios, cuando la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

### 2.7. Propuesta de regulación de la eutanasia en Argentina

El profesor argentino Luis Fernando Niño<sup>45</sup> luego de analizar el tema de la eutanasia ha llegado a concluir un encuadre jurídico de ésta en el que plantea la juricidad de las siguientes modalidades de eutanasia:

- Adistanacia
- Eutanasia pasiva
- Eutanasia activa indirecta

Pone énfasis en el interés del paciente y en la inminencia de la muerte y resuelve no considerar los factores de escasez de recursos y el caso de pacientes con mejor pronóstico. La hipótesis de eutanasia activa directa queda fuera de la regulación propuesta, pues en su opinión no cabría duda de la punibilidad de ésta. En su propuesta el profesor sostiene:

*“No será punible la abreviación del curso vital de una persona cuyo deceso se reputa inminente a raíz de grave enfermedad o accidente, cuando fuere causada por un médico o bajo su dirección, en establecimiento sanitario acreditado, contando con el acuerdo libre y expreso del paciente, actual o previamente formalizado, o con el consentimiento de sus representantes legales, si aquel no se hallare en*

condiciones psicofísicas de prestarlo, en virtud de alguno de los siguientes casos:

1. Retiro de los medios artificiales de reanimación de las funciones cardio-respiratorias, en estados comatosos irreversibles, juzgados tales según su dictamen emitido con anterioridad por dos médicos especialistas distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección haya de practicársela.

2. Abstención o retiro de las medidas terapéuticas de cualquier índole destinadas a combatir patologías intercurrentes o nuevas manifestaciones de un proceso patológico ya diagnosticado, cuando se las juzgare desproporcionadas respecto del caso, tomando en cuenta los padecimientos o mortificaciones que su implantación o mantenimiento ocasionaría al afectado, en relación con su nula o escasa efectividad, según dictamen emitido con los requisitos previstos en el número anterior.

3. Suministro proporcionado de sustancias analgésicas, sedantes o ansiolíticos destinadas a aliviar los padecimientos físicos o psíquicos del asistido, aprobado por dos médicos especialistas distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección tuviere lugar tal suministro. La decisión acerca de dicha medida terapéutica no exonerará al médico actuante ni a su equipo auxiliar de adoptar o mantener cualesquiera otras medidas de tratamiento, convencionales o no, que resultaren necesarias u oportunas conforme al cuadro del paciente, si ellas fueren acordadas o consentidas por el paciente o sus representantes legales.

Las medidas previstas no implican el retiro de los medios de hidratación y nutrición, así como la de aquellas relativas a higiene y cuidados propios de la situación del asistido, hasta tanto se comprobare su muerte en los términos de la Ley 24.193.<sup>46</sup>

En cualquiera de los casos enunciados podrá procederse a una terapia experimental, siempre que mediere acuerdo del asistido o

consentimiento formal de sus representantes -si aquél ya no estuviere en condiciones de prestarlo- y que la ponderación de probables ventajas y riesgos derivados de la experimentación la justificase, en función exclusiva del interés del afectado”.<sup>47</sup>

#### Post Scriptum

La dignidad de la persona no acaba porque se termine su salud o porque aún, en las condiciones más difíciles se acerque con certeza su muerte, la dignidad es esencial a la persona y algo muy importante de destacar es que las personas que padecen una enfermedad terminal “son personas y no enfermedades”,<sup>48</sup> poner el acento en la persona es fundamental.

Finalmente quiero citar las palabras del profesor Armando Roa , quien falleció de cáncer terminal y quien de la muerte pensaba lo siguiente:

“Si la muerte formase parte de la estructura natural biológica y antropológica nuestra, lo que es distinto a que ésta se desgaste y tenga al fin un término genéticamente determinado, ella nos sería familiar y su recuerdo no provocaría estremecimiento; pero, en verdad, es una acompañante imperceptible e incesante, que camina a nuestro lado a lo largo de la existencia e impone, más que un término, una violencia, una corrupta disolución. De vez en cuando, la divisamos con la subitaneidad de un relámpago, desencadenando una escalofriante visión de lo siniestro: es que es en sí lo siniestro sumo. Se comprende entonces, el llanto de Cristo ante Lázaro, pese a su inmediata resurrección. En el canceroso esos relámpagos son muchas más seguidos; la antípoda de los siniestro es el amor; sólo el auténtico amor del médico y de quienes velan junto a él, le proporciona el ansiado horizonte de sensibilidad y paz, pues el amor anonada a la muerte convirtiéndola en una dormición”.<sup>49</sup>

## Notas

<sup>1</sup> MIFSUD, Tony. *El respeto por la Vida Humana. Moral de Discernimiento*. 4° ed. TII. Santiago: Editorial San Pablo, 1993, p. 339.

<sup>2</sup> SINGER, Peter. *Ética Práctica*. 2° ed. Cambridge: Organización Editorial de la Universidad de Cambridge, 1995, p. 111

<sup>3</sup> EVA, Pedro. *Eutanasia*. /en/ [http:// Uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4.htm](http://Uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4.htm)

<sup>4</sup> SINGER, Peter. *Ética Práctica*. 2° ed. Cambridge: Organización Editorial de la Universidad de Cambridge, 1995, p. 111.

<sup>5</sup> GUTIERREZ, Jaramillo. *Eutanasia Activa en Pacientes Terminales* /en/ [http:// .hemeroteca.icfes.gov.co/revistas/comedical/Vol28N°3/eutanasia.html](http://.hemeroteca.icfes.gov.co/revistas/comedical/Vol28N°3/eutanasia.html).

<sup>6</sup> MIFSUD, Tony. *El respeto por la Vida Humana. Moral de Discernimiento*. 4° ed. TII. Santiago: Editorial San Pablo, 1993, p. 342.

<sup>7</sup> NIÑO, Luis. *Eutanasia. Morir con Dignidad..Consecuencias Jurídico Penales*. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1994, p. 85.

<sup>8</sup> ROA, Armando. *Ética y Bioética*. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1998, p. 112.

<sup>9</sup> Ibidem, p. 113.

<sup>10</sup> MIFSUD, Tony. *El respeto por la Vida Humana...*, p. 351.

<sup>11</sup> Por ejemplo el caso del señor Sampedro, un español tetrapléjico que vivió 28 años postrado en

cama quien luego de reclamar judicialmente que se le ayudara a morir, sin que se le permitiera, se suicidó frente a las cámaras de televisión.

<sup>12</sup> ROA, Armando. *Ética y Bioética...*, p. 115.

<sup>13</sup> Ibidem, p. 114

<sup>14</sup> NUEVO, Pablo. *Derecho a la Vida y Eutanasia* /en/ [http://ctv.es/USERS/\(16\)nuev.htm](http://ctv.es/USERS/(16)nuev.htm).

<sup>15</sup> SINGER, Peter. *Ética Práctica*. 2° ed. Cambridge: Organización Rditorial de la Universidad de cambridge, 1995, p. 111.

<sup>16</sup> Es preciso clarificar que la posición de la Iglesia Católica es en contra de la eutanasia resolutive no considerando como eutanasia a la modalidad solutiva siendo coincidente con el planteamiento de ésta.

<sup>17</sup> DWORKIN, Ronald. *El Dominio de la Vida. Una Discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. 1° ed. Barcelona: Editorial Ariel,1994, p. .284.

<sup>18</sup> DWORKIN, Ronald. *El Dominio de la Vida...*, p. 282.

<sup>19</sup> NUEVO, Pablo. *Derecho a la Vida y Eutanasia* /en/ [http://ctv.es/USERS/\(16\)nuev.htm](http://ctv.es/USERS/(16)nuev.htm).

<sup>20</sup> EVA, Pedro. *Eutanasia* /en/ <http://www.uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4htm>.

<sup>21</sup> Cuadernos y Debates. *La Autonomía Personal*. Investigación Colectiva del Centro de Estudios Institucionales de buenos Aires. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1992, p. 15.

<sup>22</sup> CRUZ, Pedro. Algunas Consideraciones en torno al Derecho a la Vida y la Eutanasia /en / <http://.monografias.com/trabajos/eutanasia/eutanasia/shtml>

<sup>23</sup> SINGER, Peter. *Ética Práctica*. 2° ed. Cambridge: Organización Editorial de la Universidad de Cambridge, 1995, p. 264-265.

<sup>24</sup> Ibidem, p. 267.

<sup>25</sup> DWORKIN, Ronald. *El Dominio de la Vida...*, p. 258.

<sup>26</sup> NUEVO, Pablo. *Derecho a la Vida y Eutanasia* /en/ [http://.ctv.es/USERS/\(16\)nuev.htm](http://.ctv.es/USERS/(16)nuev.htm).

<sup>27</sup> MIFSUD, Tony. *El Respeto por la Vida Humana. Manual de Discernimiento*. 4° ed. T.II. Santiago: Editorial San Pablo, 1993, p. 347.

<sup>28</sup> FAGOTHEY, Austin. *Ética. Teoría y Aplicación*. 5° ed. México: Editorial Mc Graw - Hill, 1998, p. 203.

<sup>29</sup> SIMON LORDA, Pablo; COUCEIRO VIDAL, Azucena. *La Eutanasia en Holanda y el Suicidio Asistido en Estados Unidos*. /en/ URRACA MARTINEZ, Salvador. *Eutanasia Hoy. Un Debate Abierto*. Madrid: Editorial Noesis, Colección humanidades Médicas, 1996, p.156-166.

<sup>30</sup> Se realizaron tres estudios complementarios sobre las decisiones médicas en torno al final de la vida de los pacientes (DMFV):

1. Entrevista a una muestra aleatoria de 405 médicos (152 médicos de familia, 50 médicos de residencias asistidas y 203 especialistas).
2. Estudio de los certificados de defunción

de una muestra estratificada de 7.000 muertes ocurridas entre 1 de agosto y 1 de diciembre de 1990. Si en los certificados aparecía reflejada como causa de muerte alguna DMFV, se remitían al médico de la encuesta para que la contestase. De los 6.942 cuestionarios remitidos, se devolvieron el 76%, y se analizaron finalmente 5.197.

3. Estudio Prospectivo: A los participantes en el estudio 1 se les pidió que rellenaran el cuestionario por cada paciente suyo que muriera en relación con alguna DMFV en los seis meses siguientes.

Participaron 322 sujetos, que informaron de 20257 muertes.

Los Resultados de cada estudio se combinaron para obtener resultados generales.

<sup>31</sup> El método utilizado en el estudio consistió en los siguiente:

1. Se elaboró una encuesta que comprendía una parte general y una parte específica. La última parte estaba destinada a que los médicos relataran su último acto de eutanasia o suicidio asistido, siempre y cuando este hubiere ocurrido entre 1986 y 1989.

2. Se remitió la encuesta a una muestra representativa de 1.042 médicos de familia, de los cuales la devolvieron un 67%. Se analizaron finalmente 667 encuestas.

<sup>32</sup> SIMON LORDA, Pablo; COUCEIRO VIDAL, Azucena. *La Eutanasia en Holanda y el Suicidio Asistido en Estados Unidos...*, p. 156-166.

<sup>33</sup> MONTECINOS, Andrea. Tesis sobre Nuevas Tendencias en el T tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Propuestas Doctrinales, Jurisprudenciales y legislativas: Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, 1992, p. 98.

<sup>34</sup> Holanda abre la puerta a la eutanasia /en/ Diario Las Últimas Noticias, miércoles 29 de noviembre de 2000, p.26.

<sup>35</sup> Holanda, el primer país del mundo en legalizar la eutanasia. /en/ Diario La Tercera, miércoles 29 de noviembre de 2000, p. 22.

<sup>36</sup> MONTECINOS, Andrea. Tesis sobre Nuevas Tendencias en el Tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Propuestas Doctrinales, Jurisprudenciales y legislativas: Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, 1992, p. 22.

<sup>37</sup> Ibidem, p. 24-27.

<sup>38</sup> El doctor Jack Kevorkian fue condenado por la Juez de Michigan Jessica Cooper por un período de 10 a 25 años de cárcel por el homicidio en segundo grado de Thomas Youx. Este doctor había sido perseguido judicialmente durante nueve años, siendo declarado en tres oportunidades inocente y en una cuarta, absuelto. En su trayectoria había asistido la muerte de alrededor de 130 enfermos terminales

<sup>39</sup> SIMON LORDA, Pablo; COUCEIRO VIDAL, Azucena. *La Eutanasia en Holanda y el Suicidio Asistido en Estados Unidos*. /en/ URRACA MARTINEZ, Salvador. *Eutanasia Hoy. Un Debate Abierto*. Madrid: Editorial Noesis, Colección Humanidades Médicas, 1996, p.162.

<sup>40</sup> MONTECINOS, Andrea. Tesis sobre Nuevas Tendencias en el Tratamiento Jurídico de la Eutanasia: Propuestas Doctrinales, Jurisprudenciales y Legislativas: Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, 1992, p. 98.

<sup>41</sup> La Lex Artis en estos casos impone la supresión de todo tratamiento que implique un encarnizamiento

terapéutico de la persona y que prolongue biológicamente la vida sin probabilidades de recuperación

<sup>42</sup> GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. *Eutanasia y Derecho Penal*. /en/ URRACA MARTINEZ, Salvador. *Eutanasia Hoy. Un Debate Abierto*. Madrid: Editorial Noesis, Colección humanidades Médicas, 1996, Pág.207-213

<sup>43</sup> ZUGALDIA, José Miguel. *Perspectivas Constitucionales y Político-Criminales sobre la Legalización de la Eutanasia*. /en/ URRACA MARTINEZ, Salvador. *Eutanasia Hoy. Un Debate Abierto*. Madrid: Editorial Noesis, Colección humanidades Médicas, 1996, p. 237-247.

<sup>44</sup> ZUGALDIA, José Miguel. *Perspectivas Constitucionales y Político-Criminales sobre la Legalización de la Eutanasia*. /en/ URRACA MARTINEZ, Salvador. *Eutanasia Hoy. Un Debate Abierto*. Madrid: Editorial Noesis, Colección humanidades Médicas, 1996, p. 244.

<sup>45</sup> NIÑO. Luis Fernando. *Morir con Dignidad. Consecuencias Jurídico Penales*. Buenos Aires: Editorial Universidad, p. 247

<sup>46</sup> Ley de Transplantes de Órganos y material Anatómico Humano

<sup>47</sup> NIÑO. Luis Fernando. *Morir con Dignidad...*, p. 248-249.

<sup>48</sup> Slogan que se mantiene en el Policlínico que atiende gratuitamente a enfermos de cáncer en el Hospital Regional de Temuco

<sup>49</sup> ROA, Armando. *Ética y Bioética...*p. 12



[www.bioderecho.cl](http://www.bioderecho.cl)