



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

“EL DERECHO A MORIR: SUICIDIO ASISTIDO EN EL ECUADOR”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Abogado de los Tribunales y Juzgados
de la República.

Profesor Guía

Msc. Alonso Fonseca Garcés

Autor

Marko Antonio Naranjo Jácome

Año

2016

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Edison Alonso Fonseca Garcés
Master en Gobernabilidad y Gerencia Política
C.I. 06027700075

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigente”

Marko Antonio Naranjo Jácome

C.I. 0202130738

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora.

A cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE Marco Naranjo, mi MADRE Silvia Jácome, mi HERMANA Janinne Naranjo; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

A cada una de las personas que conforman la Universidad de las Américas por ser el pilar fundamental tanto en mi formación académica como personal a lo largo de estos cinco años.

Al Msc. Alonso Fonseca, mi mentor, por su respaldo y dedicación en la dirección de este trabajo.

DEDICATORIA

A mi compañero, fiel e incondicional amigo Jack, quien ahora no se encuentra conmigo y cuya ausencia solo la repararé con la muerte.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objeto analizar el llamado Derecho a Morir, en donde el suicidio asistido, funcione como mecanismo de garantía de este derecho dentro del ordenamiento jurídico ecuatoriano. En el primer capítulo se abarcará la cabida del suicidio asistido con la muerte digna y la autonomía vital. Determinando las diferencias entre el suicidio asistido y la eutanasia. Así como el alcance de los conceptos de muerte digna y vida digna, en base a las perspectivas doctrinarias, jurisprudenciales y científicas. En el segundo capítulo se examinará la normativa extranjera que regula al suicidio asistido y a la eutanasia. Tomando en cuenta países europeos y del continente americano para determinar las concordancias que existan entre estos ordenamientos jurídicos que legalizan estas prácticas. Finalmente, en el capítulo tres, se analizará la discusión jurídica sobre el suicidio asistido en el Ecuador, el alcance de este dentro de la Constitución de la República del Ecuador; así como la repercusión de este en el Derecho Penal; y, por último, consideraciones generales sobre la cabida de este mecanismo dentro de la legislación ecuatoriana.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the so-called Right to Die, where assisted suicide, works as a mechanism for guaranteeing this right within the Ecuadorian legal system. In the first chapter the place of assisted suicide with dignified death and will cover vital autonomy. Determining the differences between assisted suicide and euthanasia. And the scope of the concept of dignified death and dignified life, based on the doctrinal, jurisprudential and scientific perspectives. In the second chapter foreign legislation governing assisted suicide and euthanasia will be examined. Taking into account European countries and the Americas to determine the commonalities that exist between these legal systems that legalize these practices. Finally, in chapter three, the legal debate about assisted suicide in Ecuador, the scope of this within the Constitution of the Republic of Ecuador will be analyzed; and the impact of this in criminal law; and finally, general considerations on the place of this mechanism within Ecuadorian law.

INDICE

INTRODUCCION	1
1. ENTRE LA MUERTE DIGNA Y LA AUTONOMÍA VITAL.....	3
1.1.El Suicidio Asistido y la Eutanasia	3
1.2.Los cuidados paliativos como medio para lograr una muerte digna.....	5
1.3.Vida digna y Autonomía Vital	8
1.4.La Bioética y el suicidio asistido.....	18
2. REFERENCIA NORMATIVA DEL SUICIDIO ASISTIDO Y DE LA EUTANASIA EN LA LEGISLACIÓN EXTRANJERA	21
2.1 Normativa extranjera que regula el suicidio asistido.....	21
2.2. Normativa extranjera que regula la eutanasia activa y pasiva.....	27
2.3. Procedimiento del suicidio asistido	34
3. LA DISCUSIÓN JURÍDICA SOBRE EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL ECUADOR.....	36
3.1 Alcance constitucional	36
3.2. El Alcance en el Derecho Penal.....	39
3.3. El suicidio asistido en la legislación ecuatoriana	42
CONCLUSIÓN	44
REFERENCIAS	45

INTRODUCCION

¿Cuál es el papel que juega la medicina en el desarrollo de la humanidad?
¿Hasta qué punto la medicina puede ser piedra angular entre la ciencia del derecho y las personas? La medicina, como práctica ancestral, apareció hace millones de años en las culturas Griegas y Egipcias. Sin embargo, la medicina moderna, estudiada como ciencia, nace en el siglo XVIII con las teorías de Morgagni acerca de la Anatomía Patológica, lo cual permitió que el estudio de las enfermedades humanas se profundice.

En cuanto a la inserción de la medicina en la sociedad, y por ende en el desarrollo de la humanidad, Michel Foucault, nos dice lo que “No cabe la menor duda de que el cambio de las condiciones socioeconómicas, los fenómenos de adaptación, los de resistencia del organismo, el propio debilitamiento del bacilo y las medidas de higiene y de aislamiento ejercieron una función importante” (1996, p. 54). Es evidente que el desarrollo de la medicina ha estado, desde siempre, influenciado por varios factores que han respondido a intereses sociales, políticos y económicos; siendo la medicina un mecanismo para fundamentarlos.

Ahora bien, para establecer uno de los eslabones que une a la medicina y al derecho, conviene decir que los avances sociales durante la humanidad, han estado desde siempre un paso adelante del mundo jurídico, por lo que la ciencia del derecho trabaja para corregir y regular las consecuencias que puedan darse entre las relaciones humanas. Para ello la filósofa española Míguela Domingo Centeno, señala que la “La Biojurídica impone límites a la aplicación de las Ciencias Biomédicas, primando el respeto a la vida del hombre y la tutela de su integridad física y moral” (s.f, p. 2). Evidentemente, es la rama del derecho la que pone límites al ejercicio de la medicina, es decir, regula la actividad que tiene por objeto dicha ciencia.

En este afán de garantizar a las personas el goce de su derecho a la vida digna, y con los fundamentos anteriormente expuestos, resulta conveniente preguntarnos ¿En qué momento la vida de una persona deja de ser digna? ¿Qué sucede cuando la vida de una persona se torna defectuosa y la imposibilita a llevar una vida normal? En el Ecuador, poco o casi nada se ha aportado acerca de este dilema. Sin embargo, en otras legislaciones, básicamente en las europeas, el concepto del suicidio asistido ha salido a flote como un mecanismo de garantía del derecho fundamental de las personas de llevar una vida digna y una *vida de calidad* (García, 2007, p. 19).

Ante estas interrogantes, podemos citar lo que el filósofo español Salvador Paniker nos dice en su obra *El derecho a morir dignamente*: que el derecho a la vida, es un derecho relativo y no absoluto (1998, p. 86). Pues, si bien, se reconoce el derecho a la vida en prácticamente todo el mundo, también es un derecho al cual las personas pueden renunciar. Como hemos señalado, un elemento al cual podría llamárselo como esencial del derecho a la vida, es el de la vida digna; sin este, consideramos que el derecho a la vida de una persona no está siendo ejercido con plenitud.

1. ENTRE LA MUERTE DIGNA Y LA AUTONOMÍA VITAL

En el presente apartado, analizaremos los conceptos de muerte digna, así como también sus alcances en cuanto a su construcción teórica y filosófica. Para lo cual se tomara en cuenta conceptos como el de la autonomía vital, que como lo veremos, son necesarios para respetar el derecho fundamental de las personas de tener una vida digna.

1.1. El Suicidio Asistido y la Eutanasia

Tanto el suicidio asistido como la eutanasia, son catalogados como sinónimos. Lo cual resulta ser algo, hasta cierto punto lógico, pues ambas acciones buscan un mismo fin, que es el de terminar con la vida de un paciente. Empero, estos dos conceptos son totalmente distintos a pesar de seguir un fin en común, tanto así que en el caso del suicidio asistido, es un mecanismo que en Suiza y en el estado de Oregón – Estados Unidos se encuentra legislado, a su vez la Eutanasia es regulada en países como Holanda y Luxemburgo. Es por ello, que en este apartado nos encargaremos de dilucidar el real significado de estos dos conceptos.

Por su parte, Asunción Álvarez del Río en cuanto a la principal y sustancial diferencia entre el suicidio asistido y la Eutanasia es que en la primera, es el mismo paciente quien realiza la acción y el médico es un asistente, el cual lo asiste con el medicamento necesario para llegar al fin de acabar con su vida. En tanto que en la segunda, es el médico quien lleva a cabo la acción, es decir la muerte del paciente, de manera que el médico es mucho más que un simple asistente. (2013, pp.115-116)

Mientras que, José María Sillero Fernández de Cañete, señala que existe una diferencia sustancial entre estos dos conceptos, la misma que presupone que en la Eutanasia, el médico es el *ejecutor* del acto, mientras que en el suicidio

asistido, el médico simplemente en un *colaborador* o facilitador del paciente para que este lleve a cabo todo el proceso. (1998, p. 122)

Así mismo, C. De Miguel Sánchez y A. López Romero, acerca del suicidio asistido, a lo que ellos lo llaman *Auxilio al Suicidio*, señalan que al igual que las definiciones anteriormente marcadas, el punto central de la diferencia entre estos dos mecanismos, radica en el sujeto activo de la acción, pues en la eutanasia el vínculo causal que existe es de carácter directo e inmediato, mismo que se da entre la muerte del paciente y la acción; en cambio, en el suicidio asistido, el vínculo causal que se genera es entre el paciente *per se* y la acción. (2006, pp. 209-210)

Diego Valadéz, en su obra conjunta con J. Carpizo, *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*, establece que el término *Eutanasia*, nace en 1605 con Francis Bacon. El filósofo, abogado y escritor inglés, buscaba la terminología adecuada para denominar al proceso de la eutanasia, de manera que sea un concepto flexible y capaz de moldearse a las diferentes concepciones culturales. La primera definición que hizo Bacon acerca de la eutanasia, fue en su obra titulada *The Proficiency and Advancement of Learning*, en la cual Bacon, indica que tenía la convicción de que un médico, a más de luchar por la vida de un paciente, debe también mitigar los dolores que el paciente este padeciendo, con el fin de que pueda llegar a la muerte sin sufrir. (Como se cita en Valadez, 2008, p. 81).

Sin embargo, el origen de la eutanasia, se encuentra en la antigua Grecia. Cuando el filósofo Sócrates, le permitió a Asclepido la potestad de no alargar la vida de quienes estén enfermos gravemente. A pesar de ello, otros filósofos de la época como Platón, sostenían que el hecho de que una persona se quite la vida, era considerado como un acto deplorable. Valadéz al respecto señala que el acto de quitarse la vida mediante el envenenamiento era permitido, a ciertas personas en las civilizaciones antiguas, con el fin de que su muerte no sea tan dolorosa ni llena de sufrimiento. Por otro lado, en civilizaciones como la romana, se daba algo parecido; Marco Aurelio, establecía al suicidio como un

acto permitido cuando sea con el fin de preservar la dignidad de una persona (2008, pp.84). No obstante, el hecho de que le sea permitido solo a determinadas personas, es un notable ejemplo de que este acto, de una forma u otra siempre estuvo regulado

Hoy en día, después de muchos siglos este tema sigue causando polémica y siendo un tabú para muchas civilizaciones. En la modernidad, la eutanasia ha sido considerada en las discusiones parlamentarias de algunos países europeos desde 1605, año en que Bacon acuñó este concepto. En la actualidad, Holanda desde abril del 2001, y a su vez el Parlamento europeo, desde 1991 ha dejado sobre el tapete la propuesta de una ley que pueda asistir a los enfermos terminales, o a lo que ellos lo llaman el Derecho a Morir. En este sentido, consideramos que dicha propuesta es la base sobre la cual se edifica el concepto del suicidio asistido, que si bien es cierto, parecería ser un simple sinónimo del concepto de eutanasia, veremos que para el análisis y el estudio en el campo del derecho, estos dos conceptos tienen diferencias, las cuales resultarían ser indispensables al momento de aplicar estos mecanismos.

1.2. Los cuidados paliativos como medio para lograr una muerte digna

En la edad media, existía un proceso llamado “muerte doméstica”, la cual consistía en que un enfermo que estaba pronto a morir, se reunía en su habitación con sus familiares, con el fin de sentirse más querido y cerca de las personas más allegadas a él. Posteriormente, aparece la etapa llamada “la muerte de uno mismo” en la cual aparece la ideal del “juicio final” con lo que se buscaba identificar a los muertos y ubicarlos en las fosas junto a sus seres. Durante el siglo XIX, mientras se consolidaba la industria en el mundo, la medicina, a través de las farmacéuticas, se preocupaban principalmente por aliviar los síntomas que presentaban los enfermos de aquellas épocas. No fue hasta el siglo XX, en donde la visión de la medicina cambia totalmente y se enfoca en la investigación de las causas de las enfermedades que aquejaban a la población de aquel entonces. Ya en la década de los 60 es cuando aparecen

movimientos sociales, causados por las necesidades de cuidado de los enfermos terminales, lo cual ha marcado un que ha desafiado a la medicina actual y que como consecuencia esta tuvo que replantar sus objetivos para aceptar dicha inferioridad (2007, pp. 16-17).

El origen de los cuidados paliativos, desemboca, según las doctoras Ignacia del Rio y Alejandra Palma, de la palabra latina *Hospitium*, la misma que en la edad media, tenía como significado la sensación de cálido sobrecogimiento que experimentaba un huésped y anfitrión, además del lugar en donde las personas experimentaban estas sensaciones y sentimientos. (2007, p. 17)

En el año de 1987, los Cuidados Paliativos, son aceptados como una rama de la medicina y además, año en el cual *The Royal College of Physicians*, dio la primera definición del término Cuidados Paliativos, el mismo que nos permitimos citar a continuación:

“[...] is the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease, for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life” (Como se cita en Del Rio y Palma, 2007, pp. 17)

Para Del Rio y Palma, el término *Hospice* se “utiliza comúnmente en Gran Bretaña y Estados Unidos para referirse a un tipo de servicio, cuyo objetivo es fundamentalmente asistencial y dirigido a proveer de los medios necesarios para responder a las necesidades de pacientes considerados terminales en los diferentes niveles de atención [Unidades intra hospitalarias, Casas de reposo, Unidades de apoyo domiciliario]” (2007, pp. 17). Razón por la cual consideramos que si bien, la palabra *Hospice* se usa de distintas formas, éstas tienen algo en común: los cuidados dirigidos hacia una persona que en consecuencia podrían ser los llamados Cuidados Paliativos.

Por otra parte, Juan Pedro Alonso, habla de un procedimiento de cuidados paliativos individualizados, mediante el cuidado de profesionales (médicos), trata de conservar en los últimos días de vida del ser humano, un ambiente íntimo, en donde el enfermo pueda interactuar de manera libre y sin tapujos con su familia y su médico personalizado. Pues la relación que un paciente tiene con su médico durante y hasta los últimos días de su enfermedad se hace más estrecha, de modo que aquellas relaciones entre el médico y el paciente cobran mayor relevancia, a tal punto, que para el enfermo es un privilegio ser atendido por un médico determinado (2013, p. 2543)

El igual que Alonso, Allan Rodríguez Artavia considera que lo cuidados paliativos proporcionan al paciente y sus familias, mucho más que apoyo médico, ya que este (cuidados paliativos) abarca "{...} la muerte digna como aquella que procure establecer los máximos deseos de paz y serenidad, junto al alivio del dolor, en la fase terminal" (Rodríguez, 2012, p. 39). Según Juan Pedro Alonso , y de formar acertada, movimientos a favor de la eutanasia, el desarrollo de la bioética y el derecho a morir dignamente, han aportado de manera positiva el cuestionamiento sobre la forma en la cual se gestiona la muerte de los pacientes dentro de la esfera de la medicina.(2013, p. 2542)

La muerte digna o la muerte con dignidad, es uno de los temas que más ha causado polémica en el mundo de la ética médica, el derecho, la filosofía y la religión. La creencia de que una persona pueda tener una muerte llevadera, en la cual pueda liberarse de sufrimientos propios de la enfermedad y de esa manera poder morir en paz sin dolores ni angustias, es una idea que ha nacido desde la antigüedad como lo vimos en párrafos anteriores.

Por ejemplo, Manuel Martínez Sellés, establece que la vida digna es una construcción entre lo físico y lo espiritual. Por un lado, el hecho de que las personas tengan el derecho a que los efectos negativos de sus enfermedades sean mitigados, de tal forma que no sufran las consecuencias catastróficas de estos. Y por el otro, está el aspecto espiritual, propio de los cuidados paliativos,

en donde se espera que el paciente con una enfermedad terminal se encuentre en un ambiente de regocijo junto a sus seres más allegados (2009, pp. 30-31).

Por su parte, Peter Allmark, construye la composición semántica de la frase “Muerte Digna”, al sostener que:

“In the conception of death with dignity outlined, the term “death” has been taken to apply to the process of dying, and the term “dignity” has been taken to apply roughly to someone who lives well (in the Aristotelian sense of living in accordance with reason)” (Allmark, P, 2002, p. 257).

En este sentido, según Peter Allmark, la frase *Muerte Digna*, está conformada en primer lugar, por el hecho de la muerte per se, como una etapa propia del ser humano; y del término *Dignidad*, que hace elocuencia a un estado subjetivo de la calidad de vida. El autor estipula además, que la dignidad es una cualidad netamente inherente al ser humano, la cual no puede ser subrogada ni otorgada por otra persona (2012, p. 257).

Como resumen, podemos señalar la distinción que Narciso Martínez Morán reconoce en cuanto a la dignidad como tal. Pues, señala que se dan grandes galimatías entre la dignidad del comportamiento moral de cada individuo y la dignidad de un sujeto por el hecho de ser persona. En el primer caso, el autor lo llama la *dignidad ética*, la misma que hace referencia a las actuaciones de una persona, pues en este caso se le considera que un individuo es digno cuando sus acciones están en concordancia con lo que moralmente es aceptable. Mientras que en el segundo caso, se habla de la *dignidad o dignidad ontológica*, para referirse a aquella dignidad que pertenece intrínsecamente al ser humano por el hecho de ser persona, es decir las personas son dignas per se (2008, pp. 163-164)

1.3. Vida digna y Autonomía Vital

El concepto de vida digna, tiene una concepción amplia y subjetiva, ya que como lo hemos visto, dicha conceptualización responde a una realidad intrínseca de la persona. Es un tanto arriesgado, establecer un concepto unificado de lo que entendemos por Vida digna y más aún, establecer cuál es su alcance. En este sentido, abordaremos el tema desde tres perspectivas diferentes: la esfera doctrinaria, la jurisprudencial y la científica, con el fin de dilucidar de mejor manera esta idea.

En la actualidad mucho se habla acerca de la vida digna, especialmente en el mundo de los derechos humanos. Las constituciones garantistas de derechos, son las que han desarrollado de mejor manera este concepto. Pues, cada vez más se garantiza que las personas puedan llevar una vida digna. Pero antes de determinar lo que es la vida digna, que por cierto, no resulta nada fácil por ser un concepto intrínseco y subjetivo, primero es necesario entender que es *dignidad*, a que se refiere la *dignidad humana*.

Durante la época antigua y medieval, muchos fueron los filósofos que trataron de determinar el concepto y alcance de la dignidad. Sin embargo, el filósofo alemán Immanuel Kant, es quien se encarga de conceptualizar esta idea de una forma más ambiciosa. Según Kant, en su obra titulada *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, se refiere a la dignidad de la siguiente manera:

“En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad. Lo que se refiere a las inclinaciones y necesidades del hombre tiene un precio comercial, lo que, sin suponer una necesidad, se conforma a cierto gusto, es decir, a una satisfacción producida por el simple juego, sin fin alguno, de nuestras facultades, tiene un precio de afecto; pero aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí

mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es, dignidad.” (Kant, 1921, pp. 47-48)

En nuestra opinión, el pensamiento kantiano asume que la dignidad, pertenece al fuero interno de las personas y que además tiene una estrecha relación en el campo de la moral. En este sentido, consideramos, que la dignidad no es más que una construcción espiritual y moral que se ve influenciada por rasgos culturales, sociales y filosóficos. Siendo de esta manera, el hombre fin en sí mismo cuando tiene dignidad, es decir la dignidad del hombre existe porque el hombre se entiende así mismo como complemento “Obra de tal modo que uses a la humanidad tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro siempre a la vez como fin, nunca meramente como medio” (Kant, 1921, pp. 42).

Por su parte, haciendo alusión a una concepción filosófica más moderna, Martha Nussbaum, en cuanto a la vida digna, nos dice lo siguiente:

“The intuitive idea of a life with human dignity already suggests this: people are entitled not only to mere life but to a life compatible with human dignity, and this means that the relevant goods must be available at a sufficiently high level.” (2009, p. 2)

Para Nussbaum, el concepto de la dignidad humana es mucho más que el hecho de vivir solamente. Pues para nuestro entender, lo que dice la filósofa estadounidense es que para que se pueda configurar el concepto de la dignidad humana o de una vida digna, deben configurarse muchos otros elementos que ayudan a las personas a satisfacer sus necesidades. Para nosotros, esos elementos de los cuales se habla en la definición de la filósofa anteriormente nombrada, son los derechos económicos, derecho a la salud, entre otros que veremos a continuación.

Evidentemente la concepción de dignidad humana, ha ido evolucionando durante los siglos, podemos decir y sin miedo a equivocarnos que los elementos que conforman la llamada vida digna, de los cuales ya hemos hablado, son cada vez más complejos y abarcan aspectos de la vida humana

que son necesarios para que las personas se puedan desarrollar. Al respecto, en la Sentencia del 29 de marzo de 2006, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay, el Juez Antonio Cançado Trindade, en alusión a la vida digna, señala lo siguiente: “(...) aquí la cuestión de la propiedad de la tierra ancestral asume una importancia fundamental, inclusive para la preservación del derecho a la vida lato sensu, abarcando las condiciones de una vida digna y la necesaria preservación de la identidad cultural.” (2006, p. 131).

En el Ecuador, el análisis, estudio y aplicación del derecho a una vida digna o la aplicabilidad de la dignidad humana en la esfera jurisprudencial ha sido casi nula. En cambio, se puede rescatar que en sentencias de la Corte Constitucional de este país se dan efímeras definiciones de este elocuente concepto. En la sentencia del 27 de mayo del 2015, SENTENCIA N.º 006-15-SCN-CC, CASO N.º 0005-13-CN, se establece que “la vida digna constituye un complejo de elementos necesarios para la subsistencia del ser humano; imperativos para lograr una existencia decorosa.” (Corte Constitucional del Ecuador, 2015, pp. 17). Se puede diferir de esta explicación que, al igual que Nussbaum y Cançado, se considera que la dignidad humana está conformada por varios elementos, que a nuestra consideración, van evolucionando en el tiempo y de acuerdo a las necesidades humanas.

Por otro lado, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en la sentencia del 28 de noviembre de 2012, del caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica, la Corte, en relación a la Fecundación in Vitro y a la dignidad humana señala que (la Fecundación in Vitro) “no es incompatible con el derecho a la vida ni a la dignidad humana, sino por el contrario, constituye un instrumento que la ciencia y la técnica han concebido al ser humano para favorecerla, ya que la infertilidad [...] debe ser vista como la consecuencia de un estado genuino de enfermedad” (CIDH, 2012, pp. 27).

Consideramos, que el concepto de dignidad humana, para la Corte Interamericana de Derechos Humanos, conlleva el respeto de otros derechos

más. Se puede apreciar, que se indican a los avances científicos y tecnológicos como mecanismos para garantizar a las personas el ejercicio de una vida digna, y que de ninguna forma estos atentan contra la dignidad del ser humano.

Dentro del Caso Vo. Vs. Francia, en el cual se practicó un aborto terapéutico a una mujer porque su vida estaba en peligro, el Tribunal Europeo, en cuanto a la vida del feto, señaló que:

“A nivel europeo, la Corte observa que no hay ningún consenso en cuanto a la naturaleza y el status del embrión y/o feto [...], aunque ellos hayan recibido alguna protección a la luz del progreso científico y las consecuencias potenciales de investigación dentro de la ingeniería genética, procreación médica asistida o experimentación con embriones. Cuanto más, se puede considerar que los Estados están de acuerdo que el embrión/el feto es parte de la raza humana. La potencialidad de este ser y su capacidad de convertirse en persona – gozando de protección bajo las leyes civiles, además, en muchos Estados, tal como, por ejemplo, Francia, en el contexto de las leyes de sucesión y obsequios, y también en el Reino Unido [...] – requiere protección en el nombre de la dignidad humana, sin hacerlo una “persona” con el “derecho a la vida” (TEDH, 2004, p. 2)

Según nuestra consideración, el Tribunal Europeo, hace un examen más amplio del alcance del concepto de dignidad humana, ya que se busca proteger la vida de un feto, mismo que, según la Corte, no tiene necesidad de tener el estatus de una persona con el derecho a la vida.

En la aplicación, extensión y definición del concepto de vida digna en el mundo del derecho ha sido un tanto relegada. A pesar de que se han dado luces al mundo del derecho, con los aportes de filósofos como: Sen, Nussbaum y Kant; han sido las ramas de la Psiquiatría, Bioética y Medicina, las cuales han desarrollado de mejor manera este tema.

En el campo de la Psicología y la Psiquiatría, conceptos como *Life of quality* y *Well-being*, que en español se traduce como “Calidad de vida” y “Bienestar” respectivamente, pueden asociarse con el concepto de vida digna. Frank M. Andrews, refiriéndose al Bienestar o Well-Being en inglés como un elemento del concepto de calidad de vida (life of quality), señala lo siguiente:

“Well-being is broadly conceived to mean the 'level' of life quality - i.e., the extent to which pleasure and satisfaction characterize human existence and the extent to which people can avoid the various miseries which are potentially the lot of each of us.” (Andrews, 1974, p. 280)

Ante esta definición, consideramos que Andrews, concibe que el Bienestar o *Well-being*, es un mecanismo que sirve para medir la satisfacción y el placer que las personas sienten en su vida. Del mismo modo podemos deducir, que dichos sentimientos son construcciones culturales que pertenecen a cada individuo o grupo de personas.

Otro de los campos de estudio, que sin duda presenta gran controversia en el tema de la vida digna, es la bioética, ciencia encargada sobre los aspectos éticos de la medicina y la ciencia humana, misma que ha tratado de explicar el concepto de vida digna.

Asimismo, el doctor Ludwig Schmidt, señala que la relación de dignidad está vinculada con otros aspectos de la vida, como por ejemplo el de llegar a la etapa de la muerte de una forma decorosa, es decir, para el autor, la dignidad humana está presente inclusive el momento de morir. (Schmidt, 2013, p. 171)

De modo semejante, es provechoso apuntar que la dignidad está estrechamente vinculada con los cuidadosos paliativos y en si con la calidad de vida de las personas. Consideramos que al igual que Andrews, el Bienestar también juega un papel importante en esta construcción teórica, ya que “la muerte permite tal vez darle un sentido a la vida, de dignidad y un valor al mundo” (Schmidt, 2013, p. 171)

En el mundo de la medicina, al igual que en el de la psicología, el término usado para referirse a la dignidad en la vida de las personas es la ya descrita anteriormente como: calidad de vida, en este sentido el doctor Alfonso Urzúa, señala que la calidad de vida de una persona, en el campo de la salud y de la medicina está relacionada con el porcentaje de nivel de felicidad que esta tiene para afrontar los diversos aspectos de su vida, tomando en cuenta la calidad de la salud que el individuo pueda tener. (Urzúa, 2010, p. 18).

Ahora es conveniente referirnos a un concepto importante para garantizar la vida digna de un paciente. En este sentido Diego Valadéz, en su obra conjunta con Jorge Carpizo denominada *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*, habla de este concepto al establecer que:

“La autonomía vital consiste en la libertad que tiene toda persona para conocer y decidir acerca de las implicaciones de un tratamiento médico, y para determinar en qué condiciones y hasta cuándo está dispuesta a soportar un padecimiento irremediable, en ocasiones con dolores extremos, y que desde su perspectiva afecte su dignidad personal” (2008, p. 90)

Como podemos apreciar, esta noción que Valadéz nos brinda, está compuesto por dos elementos esenciales, que permiten darle figura a este concepto. La primera, se habla de que una persona tiene el derecho de conocer los medios terapéuticos que se le está suministrando para mitigar las dolencias de una enfermedad y además de poder determinar el límite de esos tratamientos en su cuerpo. Consideramos, que la autonomía vital, está relacionada con otras ramas de la medicina como los cuidados paliativos y la bioética, como ya lo hemos analizado durante esta investigación. El segundo elemento a tomar en consideración, es la decisión que el paciente debe tomar, como parte de su derecho a la autonomía vital, de elegir las condiciones en las cuales su vida deba terminar.

Para Valadéz, estos dos supuestos mencionados en el párrafo anterior, “implica la ponderación legal, ética y científica de las circunstancias en que es aceptable el ejercicio de los derechos asociados a la autonomía vital.” (Valadéz, 2008, pp. 90). Aquella ponderación en el marco legal, científico y ético, del cual nos habla el autor, se refiere a los derechos que se encuentran en conexión con la autonomía vital, estos podrían ser el derecho a una vida digna, el derecho a una muerte digna, y por qué no, el derecho a los cuidados paliativos, en el marco legal, moral y espiritual, de manera que no se vean afectados los derechos de los pacientes.

Según Valadéz, en cuanto al primer elemento que ya analizamos anteriormente, el de solicitar la suspensión de un tratamiento médico, señala que existen dos escenarios que pueden darse: “que lo decida el paciente o que lo haga un tercero” (Valadéz, 2008, p. 90). En cuanto a este aspecto, el mismo autor señala que existe un problema al momento de ejercer este acto. Pues sostiene que para que una persona pueda consentir al médico un tratamiento y a su vez revocar su consentimiento de suministro de medicamentos, este debe tener conciencia de sus actos. Por lo cual, no es difícil entender, que si se hablamos de enfermos terminales, con dolencia catastróficas, difícilmente dicho paciente podrá estar en todos sus cabales para determinar tal decisión. (2008, p. 90)

Sin embargo, ante esta posibilidad, se plantea un concepto que el propio autor se encarga de criticar, por la falta de precisión en cuanto a la construcción semántica de las palabras. Valadéz, sostiene que un mecanismo para tratar de eludir la autorización del paciente es el llamado: la expresión “testamento vital”, usada con frecuencia para aludir a ese tipo de documento, es inadecuada, pues por definición un testamento sólo surte efectos a partir de la muerte de su otorgante” (2008, p. 90)

Esta expresión, usada en la legislación mexicana, según podemos entender de dicho concepto, se trata de un “mecanismo desnaturalizado”, pues si nos referimos a un testamento el cual se perfeccione aún en vida de quien otorga,

estaríamos alterando el verdadero significado de un instrumento como es el testamento. A pesar de ello, Valadéz, considera que la legislación mexicana ha buscado determinar otros instrumentos que embonen de mejor manera, semántica y jurídicamente a la decisión del paciente, como las llamadas *disposiciones para tutelar la propia incapacidad*. (2008, p. 90)

En cuanto al segundo elemento, en el cual se establece la autorización de un tercero, para solicitar la suspensión de un tratamiento médico a un paciente. Se da en casos en los cuales el enfermo, por enfermedad grave como la muerte cerebral, no pueda tomar por sí mismo esta decisión, y son los familiares los llamados a decidir por este. A consecuencia, Valadéz considera que si bien ha existido un avance en este tema, aún se mueve de manera lenta. (2008, p. 91).

En España existe una figura llamada la *voluntad anticipada*, regulada por la Ley sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y la Autonomía del Paciente, la cual debe ser dirigida a un médico y posteriormente notariada, en la cual se establezca que el paciente de modo libre y voluntario y de forma capaz, ha decidido sobre la inicio y fin de los tratamientos médicos que se espera que le suministren. Es en este caso, en donde se establece que de existir un *consentimiento informado* contrario a las estipulaciones anteriormente señaladas en la voluntad informada del paciente, se tomará en cuenta esta últimas disposiciones. (2008, p. 110)

Por su parte, Ana María Marcos del Cano concierta que las *voluntades anticipadas* son aquellas declaraciones de voluntad que una persona, mayor de edad, con capacidad de goce y ejercicio de sus derechos y de forma unilateral, hace para establecer e indicar los procedimientos y tratamientos médicos, cuidados paliativos que se llevaran a cabo en su persona en el caso de enfermedades o dolencias que le impidan expresar su voluntad para admitir o rechazar cualquier procedimiento médico. (s.f, p. 8)

En este sentido, la misma autora señala que, los documentos de las voluntades anticipadas se las puede entender desde dos perspectivas. La primera, es el aspecto formal, pues en algunos documentos de voluntades anticipadas solamente se estipulan una lista de directrices que el médico debe llevar a cabo. Es decir dicho documento funciona como sustituto de quien haya otorgado la voluntad anticipada. Mientras que en el segundo caso, se procede a la aplicación de las disposiciones contenidas en el documento, mismas que deben hacerse apegadas a lo posible a la voluntad del paciente y con habilidades excepcionales de interpretación (s.f, p. 9)

En cuanto al consentimiento informado, el autor Miguel Ángel Sánchez González, establece que dicho consentimiento, es una exigencia en muchos países desarrollados a nivel mundial, el mismo que se lo entiende como símbolo de autonomía de los pacientes, que sirve para que el médico pueda orientarse acerca de los tratamientos médicos cuando dicho paciente no pueda expresar su voluntad (1996, p. 2).

Según Salvador Tarodo Soria, uno de los aspectos más importantes del consentimiento informado, es La obligación que tiene el medico de informar al paciente sobre los posibles riesgos que puedan haber después de una intervención, ya que considera que son esenciales para que un paciente pueda tomar decisiones en base al ejercicio de sus derecho a la autonomía y determinación. (2006, p. 235)

Por este motivo, concordamos con lo expresado por los autores Cristina Nebot, Blas Ortega, José Joaquín Mira y Lidia Ortiz, cuando señalan que “las voluntades anticipadas se entienden como una proyección del consentimiento informado y de la facultad de autodeterminación decisoria en el tiempo” (2010, p. 438) Pues es en el consentimiento informado en donde se dejan plasmadas las decisiones que ha tomado el paciente y las cuales los profesionales de la salud deben seguir.

Ante estas situaciones consideramos oportuno, que se establezcan mecanismo como el suicidio asistido para garantizar el derecho de los pacientes a decidir sobre su destino final. Estimamos que dicho procedimiento no es el único, pues al igual que los cuidados paliativos, lo que se espera es que un paciente pueda morir de forma digna.

1.4. La Bioética y el suicidio asistido

Roberto Andorno señala que el principal objetivo de la bioética es el de precautelar que la aplicación de los procedimientos y prácticas *biomédicas* estén siempre en acatamiento de la dignidad humana (2012, p. 35). En este sentido, es preciso señalar que el acercamiento que la bioética tiene con el suicidio asistido, es la dignidad como tal, pues este último busca mantener la dignidad de una persona hasta el final de sus días.

Por su parte Azulay Tapiero, establece que la palabra “bioética” proviene de prefijo griego: “bios” que significa “vida” y “ethos” que quiere decir “comportamiento”; y que, el fundamento básico de la bioética es el análisis de la relación entre la vida y los principios de las conductas del hombre. Y por lo tanto la ética debe basarse en la lógica racional y no en otros campos como el religioso o el derecho (2001, p. 651). Consideramos entonces que la bioética busca el equilibrio entre la vida y los aspectos éticos propios del ser humano que tengan que ver con su dignidad.

Ahora bien, ¿la Ética es un concepto generalizado en todas las personas? Max Charlesworth, bioeticista de origen australiano, señala que no existe una concepción unificada de los valores sociales y que por ende tampoco puede existir postura general en cuanto a la ética de todas las personas. (1993, p. 2). Es por ello que en algunas legislaciones del mundo el suicidio asistido es aceptado moral y éticamente, mientras que para otros estados, dichas prácticas son éticamente rechazadas.

Según lo anteriormente señalado, ya sea con la eutanasia o el suicidio asistido, siempre se buscará que la persona pueda llegar a su muerte de forma digna. Es por ello que la discusión sobre el tema del suicidio asistido no se basa en que si dicho procedimiento es ético o no, lo importante en estos casos es reconocer si la vida de una paciente es digna o no para él. Por ello, Hanne-Lore Schluter señala que habrá una gran variedad de decisiones que las personas tomen frente a este dilema, pues al vivir en una sociedad liberal, en donde el valor supremo de la autonomía prevalece, cada persona es libre de elegir lo que quiere para su vida (s.f, p. 114)

Por otro lado, César Gutiérrez-Samperio, apunta que la reacción de un médico frente al desahucio de un enfermo, debe estar siempre enfocada a tres principios esenciales de la bioética como son: 1.- Hacer al paciente el mayor beneficio posible, evitando el mínimo de dolor; 2.- el respeto de libertad al momento de decidir, ya sea el médico, el enfermo o sus allegados y, 3.- la distribución justa de los recursos económicos, humanos y médicos en la protección de la salud (2001, p. 272) . La bioética entonces debe garantizar que el paciente no sufra más de lo normal y más que todo respetar la autonomía de decidir del enfermo.

Un aspecto esencial y vinculante entre el suicidio asistido y la bioética es sin duda la dignidad humana. Pues, como lo hemos señalado en párrafos anteriores, ambas pretenden buscar el respeto de la dignidad del hombre. En este caso, el autor Víctor M. Martínez Bullé Goyri, que las discusiones actuales sobre bioética están profundamente relacionadas con la dignidad de las personas y sus derechos fundamentales (s.f, p. 300). Por ello, en legislaciones extranjeras como Suiza y Canadá se reconoce la potestad de una persona de decidir que su vida termine cuando esta se ha tornado insoportable o indigna.

Por otro lado, en cuanto al papel activo del derecho en la regulación o penalización de suicidio asistido, Hanne-Lore Schluter establece que, basándose en el derecho a la autonomía, la ley no debería restringir la

posibilidad de que en casos determinados las personas puedan tener la potestad de llevar un muerte asistida (s.f, p. 114)

Al respecto del derecho a la autonomía de las personas, la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, en su artículo 6, en cuanto a al derecho de decidir de los pacientes, señala que: “Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico [...]” (Ley de Derechos y Amparo del Paciente, 2006, p. 8). Es decir, la última palabra para adherirse o renunciar a un procediéndote médico la tiene el paciente. En este sentido la voluntad del paciente de que un médico le asista en su muerte es totalmente aceptable.

2. REFERENCIA NORMATIVA DEL SUICIDIO ASISTIDO Y DE LA EUTANASIA EN LA LEGISLACIÓN EXTRANJERA

En el presente apartado, tomaremos como referencia la normativa extranjera en donde se encuentra regulada tanto la eutanasia y el suicidio asistido. Con el fin de tener un acercamiento más profundo acerca del acercamiento jurídico de estos temas en la legislación extranjera, se tomarán en cuenta a países como: Suiza, Bélgica, Quebec (Canadá), Luxemburgo, Estados Unidos, Holanda y Colombia.

2.1 Normativa extranjera que regula el suicidio asistido.

Suiza es uno de los países en donde el suicidio asistido es legalmente aceptado. Pues en este Estado, el suicidio asistido, puede ser concurrido por cualquier persona que no necesariamente sea un médico. Sin embargo, es requisito indispensable para que se pueda configurar este mecanismo, que dicha decisión no haya estado motivada o viciada por un tercero. (De Miguel y López, 2006, p. 213).

La base legal para que el suicidio asistido sea aceptado en la legislación suiza se encuentra estipulada en el artículo 115 del Código Penal Federal Suizo, el mismo que reza lo siguiente:

“Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty.” (Swiss Criminal Code, 2015, p. 12)

De acuerdo a esta norma, la persona que por motivos egoístas (*selfish motives*), motive a otro individuo a suicidarse, será sentenciado a cinco años de prisión o a su vez deberá pagar una penalidad pecuniaria. Por el contrario,

se puede deducir que, si una persona que haya asistido o ayudado a otra a suicidarse y pueda probar que sus intenciones no fueron por motivos egoístas como señala este artículo, no podrá ser juzgado. Esta regla es la que abre las puertas para que se despenalice el suicidio asistido en este Estado.

De darse el caso de que la persona, quien haya asistido a otra en su muerte no pueda comprobar que prestó su asistencia sin tener motivos egoístas (*selfish motives*), la misma norma señala que tendrá una penalidad de cinco años de cárcel o a su vez deberá pagar una penalidad monetaria. En este sentido, la norma suiza, se encarga de establecer un punto de equilibrio entre el suicidio como delito y el suicidio asistido, ya que deja la posibilidad de que solamente si la acción de un tercero se calificare como egoísta es punible; caso contrario, no constituye delito.

Es importante destacar que este artículo del Código Penal Suizo, ha permitido que organizaciones sin fines lucro y de origen suizo como *Dignitas* y *Exit International*, puedan existir en la actualidad y que sean capaces de brindar la asistencia necesaria para pacientes que deseen tener una muerte asistida. Ambas estructuras han sido las precursoras de la defensa del suicidio asistido en Europa y han dirigido muertes medicamente asistidas desde el año 1993 hasta el 2003 en más de 800 pacientes de todo el mundo.

Dignitas, fue fundada en la ciudad de Foch - Suiza, el 17 de mayo de 1998, por el abogado Ludwig Minelli. Esta organización no tiene ningún fin de lucro, pues su principal objetivo es el de garantizar a sus pacientes una muerte con dignidad. En la actualidad dicha asociación cuenta con más de 6000 miembros, en 69 países. Además, forma parte de organizaciones internacionales que defienden el suicidio asistido como *World Federation of Right-to-Die Societies WFRtDS* and *Right to Die Europe RtDE*.

Por su parte, Exit International, la segunda organización pionera del suicidio asistido en Europa, tiene su domicilio en la ciudad de Ginebra y fue fundada

por el Doctor Philip Nitschke, en el año de 1993. Esta organización, ha asistido la muerte de aproximadamente 30 personas durante el año 1993. Mientras que DIGNITAS había declarado la asistencia a la muerte en tres ocasiones durante el año 2000, treinta y siete casos en 2001, cincuenta y un personas durante el 2002 y noventa y un pacientes durante el año 2003. (De Miguel Sánchez y López, 2006, p. 13).

En America del Norte, en el Estado de Oregón, el suicidio asistido también es permitido. En 1997 entró en vigencia la Ley de Muerte con Dignidad (*Death whith Dignity Act*), la cual permite a los profesionales de la salud puedan recetar medicamentos que provoquen la muerte del paciente.

En este caso, la regulación que se hace para el suicidio asistido no tiene la misma connotación que en el caso de Suiza, ya que como lo veremos a continuación dicha ley no permite que una persona pueda asistir o ayudar a otra persona a morir, sino más bien permite al médico administrar un medicamento letal que termine con la vida del paciente.

En este sentido, la Ley de Muerte con Dignidad, en su artículo numero 1 señala lo siguiente:

“Who may initiate a written request for medication. (1) An adult who is capable, is a resident of Oregon, and has been determined by the attending physician and consulting physician to be suffering from a terminal disease, and who has voluntarily expressed his or her wish to die, may make a written request for medication for the purpose of ending his or her life in a humane and dignified manner in accordance with ORS 127.800 to 127.897.” (Death with Dignity Act, 1997, p. 2)

Esta norma señala que una persona, que sea legalmente capaz , es decir que sea mayor de 18 años y que sea apto para tomar decisiones en cuento a su

salud, puede solicitar mediante una petición escrita (*written request*) dirigida a un médico, que se le recete un medicamento que le ayude a consumir su muerte. Tomando en cuenta de que es el mismo paciente quien se administra el medicamento en el lugar que él decida. Además, para que dicha solicitud sea concedida, el paciente debe obtener dos certificados de médicos distintos, en los cuales se reconozca que este sufre una enfermedad incurable y que su expectativa de vida no es más de seis meses.

Por otro lado, al igual que en la legislación suiza, también existen penalidades previstas para quienes no acaten la norma anteriormente señalada. Por lo que la misma Ley de Muerte con Dignidad señala que:

“ 127.995 Penalties. (1) It shall be a Class A felony for a person without authorization of the principal to willfully alter, forge, conceal or destroy an instrument, the reinstatement or revocation of an instrument or any other evidence or document reflecting the principal’s desires and interests, with the intent and effect of causing a withholding or withdrawal of life-sustaining procedures or of artificially administered nutrition and hydration which hastens the death of the principal.” (Death with Dignity Act, 1997, p. 5)

En este caso, existen sanciones para aquellas personas que no hayan tenido ni otorgado, en el caso del médico, la autorización escrita. Además de aquellos pacientes que sin cumplir los requisitos del artículo 1 de la Ley anteriormente señalada, hayan sido o intentado ser partícipes de este procedimiento.

Por otro lado, Luxemburgo es otro de los países que acepta el suicidio asistido en el mundo. Henri, Gran Duque de Luxemburgo, Duque de Nassau conjuntamente con la Cámara de Diputados, desde el año 2008 ordenaron la creación de Ley sobre la Eutanasia y la Asistencia al Suicidio, la cual legalizó este procediendo en este país.

Ante lo cual, la Ley sobre la Eutanasia y la Asistencia al Suicidio, en su artículo número 2.1 señala lo siguiente:

“Art. 2. 1. No será sancionado penalmente y no podrá lugar a una acción civil en daños y perjuicios el hecho de que un médico responda a una petición de eutanasia o asistencia al suicidio, si se cumplen las condiciones de fondo siguientes:

- 1) el paciente es mayor de edad, capacitado y consciente en el momento de su demanda;
- 2) la demanda se formula de manera voluntaria, reflexionada y, en su caso, repetida, y que no sea el resultado de una presión exterior;
- 3) el paciente se encuentra en una situación médica sin solución y su estado es de un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin perspectiva de mejoría, resultante de una dolencia accidental o patológica;
- 4) la demanda del paciente de recurrir a una eutanasia o a la asistencia al suicidio deberá ser consignada por escrito; [...].” (Ley sobre la Eutanasia y la Asistencia al Suicidio, 2008, p. 10)

En este caso, y al igual que en el Estado de Oregón (Estados Unidos), la norma va dirigida a permitir que los médicos puedan responder a la solicitud de un paciente de ser asistido –con un medicamento- para consumir su muerte. Es claro que en esta regla lo que se busca es redimir penalmente al médico que ayude a un paciente a morir. Al igual que en las legislaciones anteriormente analizadas, el paciente que desee solicitar la asistencia para su muerte debe cumplir con requisitos como: mayoría de edad, comprobar que su estado de salud sea incurable, entre otros.

Otro aspecto importante dentro de esta legislación es que, si bien se reconoce a las personas la facultad de solicitar una muerte asistida, no es obligación del médico aceptar dicha petición del paciente, es decir que queda al libre albedrío del profesional de la salud aceptar o rechazar dicho requerimiento “Art. 15.

Ningún médico estará obligado a practicar una eutanasia o una asistencia al suicidio” (Ley sobre la Eutanasia y la Asistencia al Suicidio, 2008, p. 10)

Finalmente, la Provincia canadiense de Quebec es uno de los que según nuestra consideración mayor relevancia ha dado al derecho de morir dignamente de las personas. Desde el 2014, la Asamblea Nacional de Quebec aprobó la Ley de la Ayuda Médica al final de la Vida; con la cual –de acuerdo a sus textos preliminares- tiene “como objetivo asegurar a las personas al final de su vida cuidados respetuosos de su dignidad y de su autonomía” (Ley de la Ayuda Médica al final de la Vida, 2014). En este contexto, la Ley concibe a los llamados cuidados en el fin de la vida a los cuidados paliativos, a la sedación prolongada y la asistencia de médica para morir; con este último se entiende que también se reconoce el suicidio asistido.

Ente lo cual, la Ley de la Ayuda Médica al final de la Vida, señala en su artículo 26 que:

“**26.** Solamente la persona que reúna las siguientes condiciones, puede obtener la ayuda médica para morir:

1º que sea una persona asegurada en el sentido de la Ley sobre el seguro de enfermedad (capítulo A-29);

2º que sea mayor de edad y apta para aceptar los cuidados;

3º que esté al final de la vida;

4º que padezca una enfermedad grave e incurable;

5º que su situación médica se caracteriza por la decadencia avanzada e irreversible de sus capacidades;

6º que soporte sufrimientos físicos o psíquicos constantes, insoportables y que no se puedan calmar en condiciones que juzgue tolerables.” (Ley de la Ayuda Médica al final de la Vida, 2014, p. 3)

Ante este enunciado, en Quebec también se reconoce la facultad de las personas a solicitar la asistencia de un médico para morir. Claro está, que al igual que en la normativa de los países anteriormente analizados, el paciente debe cumplir con requisitos indispensables para ser considerados idóneos de tener una muerte asistida. Del mismo modo, este cuerpo legal también permite que médicos puedan reusarse a prestar ayuda médica a morir haciendo caso a sus convencimientos personales. (Ley de la Ayuda Médica al final de la Vida, 2014, p. 2)

Como conclusión de este apartado, podemos señalar que tanto las legislaciones de Suiza, el Estado de Oregón, Luxemburgo y la provincia de Quebec (Canadá), reconocen la potestad de las personas a solicitar la asistencia médica para llevar a cabo su muerte. A excepción de Suiza, en donde la norma va dirigida a la persona que desea que un tercero le asista en su muerte, que por cierto no necesariamente debe ser un médico, en las demás jurisdicciones la regla está destinada a la potestad del médico de aceptar o rechazar la solicitud del paciente de llevar a cabo una muerte asistida. Todas las anteriormente legislaciones analizadas, estipulan requisitos básicos para que una persona pueda ser apta para solicitar una muerte asistida como por ejemplo la mayoría de edad, el hecho de que el paciente sufra una enfermedad terminal, entre otras. Y que la inobservancia de estos requisitos ya sea por parte del médico asistente o del paciente conlleva consecuencias penales.

2.2. Normativa extranjera que regula la eutanasia activa y pasiva

Desde el año de 1993, Holanda se convirtió en uno de los países pioneros en despenalizar la eutanasia. Durante casi 9 años, dicho procedimiento era considerado como una práctica que hasta cierto punto resultaba ser tolerada por la legislación holandesa. Sin embargo es en el año 2002 en donde se dispone la Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia

y del auxilio al suicidio, con la cual la eutanasia se convierte en una práctica totalmente legal.

A pesar de que el título que lleva esta Ley, también habla del auxilio al suicidio, la norma reconoce, como lo veremos a continuación, claramente la intervención del médico para consumir la muerte de un paciente. Además de que en esta legislación se permite hacer una distinción entre la eutanasia activa y pasiva. En este sentido, Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio establece en su artículo número 1, literal c lo siguiente:

“El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio [...]” (Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, 2002, p. 3)

En este caso, con las diferencias sustanciales que ya analizamos en el capítulo primero de este trabajo, la legislación holandesa reconoce en primer término a la eutanasia como tal, ya que estipula que es el médico el que lleva a cabo el proceso de la muerte del paciente, lo que incluye que este le suministre por su cuenta el medicamento, a este proceso se lo conoce como eutanasia activa. Mientras que en el auxilio al suicidio o suicidio asistido, como sabemos, es el paciente quien lleva a cabo todo el proceso de su muerte y el médico es solamente un facilitador o auxiliador.

Se debe tomar en cuenta que de acuerdo a la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio del 2002, se modifica el Código Penal holandés en donde en sus artículos 293 y 294 se penaliza de forma tajante la eutanasia y el auxilio al suicidio. En ese sentido, la ley enteramente señalada, dispone las modificaciones que se hicieron al Código Penal holandés, las cuales rezan lo siguiente:

“Art. 293. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio [...]

Art. 294. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta.

El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.”
(Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, 2002, p. 5)

Con dichas modificaciones, podemos señalar que el auxilio al suicidio y la eutanasia están en primer plano penalizadas, sin embargo la misma norma señala las salvedades con las cuales un médico –de forma probada- pueda asistir en la muerte a un paciente. Con lo cual queda abierta la posibilidad de que en este país se haya legalizado la eutanasia.

Bélgica por su parte fue otro de los Estados que legalizó la eutanasia en mayo del 2002. A diferencia de Holanda, en la Ley belga denominada Ley Relativa a la Eutanasia (Loi relative à l'euthanasie) no se toma en cuenta al suicidio asistido, que por lo tanto sigue considerado como un delito penal.

La antes mencionada Ley señala en su artículo 2 lo siguiente:

“Art. 2. *Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.*” (Ley Relativa a la Eutanasia, 2002, p. 1)

En cuanto a la interpretación de esta ley, el autor Javier Vega Gutiérrez señala que “La ley belga entiende por eutanasia el acto practicado por un tercero, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a petición de ésta, y no incluye otros tipos de muerte intencionada en el ámbito médico.” (2007, p.27). En este sentido la norma belga señala claramente que en dicho país solamente la eutanasia es regulada.

Ante lo cual queda en evidencia que el suicidio asistido en Bélgica está completamente penalizado y no es admitido por la ley; lo que no sucede en el caso de la eutanasia que si es reconocida cuando dicho procedimiento haya sido llevado a cabo por un médico y cumpliendo ciertos requisitos. En este sentido, el artículo número 3 de la misma ley, señala lo siguiente:

“Art. 3. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

1. le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
2. la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
3. le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable; et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi” (Ley Relativa a la Eutanasia, 2002, p. 2)

Para Javier Vega Gutiérrez, esta norma establece que no constituye delito, cuando un médico, en asistencia a la muerte a un paciente haya cumplido con requisitos indispensables como: la mayoría de edad del paciente, que la solicitud para llevar a cabo dicho proceso haya sido de forma voluntaria, espontánea y reiterada de que el paciente se encuentre en una situación evidente de sufrimiento (2007, p.74)

Sin embargo, el requisito de que una persona sea mayor de edad, ha sido modificado por la ley para enmendar la Ley Relativa a la Eutanasia, para extender la eutanasia a menores de edad. Dicha modificación, reza lo siguiente:

“Art. 2. A l’ article 3 de la loi du 28 mai 2002 relative á l’euthanasie, les modifications suivantes sont apportées:

a) dans le 1°, alinéa, le premier tire test remplacé par ce qui suit:

“--- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable ou encore mineur doté de la capacité de discernement et est conscinet au mement de sa demande [...]” (ley para enmendar la Ley Relativa a la Eutanasia, para extender la eutanasia a menores de edad, 2014, p. 1)

Con esta modificación al artículo 2 de la Ley Relativa a la Eutanasia, toda persona, inclusive los menores emancipados y los menores de edad con autorización de sus padres pueden solicitar la eutanasia en Bélgica. De esta manera podemos deducir de la norma analizada, que la legislación belga reconoce solamente la eutanasia. Negando por completo le existencia de que el suicidio asistido o eutanasia pasiva se pueda llevar a cabo en esta jurisdicción.

Una realidad jurídica un poco más cercana al Ecuador, es la legislación colombiana. En este sentido El Código Penal colombiano, reconoce al

homicidio por piedad y como veremos a continuación ha servido para que la Corte Constitucional de Colombia de luces para la existencia de la eutanasia en dicha legislación. Al respecto, el Código Penal colombiano, en su artículo 106, acerca del homicidio por piedad señala lo siguiente:

“Artículo 106. Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses.” (Código Penal, 2000, p. 34)

Por otro lado, en cuanto a la inducción o ayuda al suicidio, señal que:

“Artículo 107. Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses.

Quando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses.” (Código Penal, 2000, p. 35)

Como podemos constatar en los artículos anteriormente citados, si bien se reconoce el homicidio por piedad con el objetivo de poner fin a dolencias corporales propias de enfermedades incurables, existe también una sanción para aquellas personas que presten dicho auxilio. Por otro lado, en cuanto a la ayuda al suicidio del que trata el artículo 107, se puede establecer que si bien está penalizado por las leyes colombianas, existe una disminución de la pena que va desde 32 a 108 meses a una sanción de 16 a 36 meses, cuando la

persona que ayude o asista a la muerte a otra, haya sido porque se trataba de un individuo con sufrimientos corporales y enfermedades graves e incurables.

Sin embargo, la Corte Constitucional de Colombia al respecto hizo la respectiva aclaración, en la sentencia C---239, mayo 20/97, en la cual el juez Carlos Gaviria, señaló que en cuanto al homicidio por piedad, en el cual se establezca el consentimiento de paciente, se está respetando la voluntad del mismo ya que como padece de una enfermedad grave, este no desea continuar con su vida dolorosa. Por lo cual, el acto que lleva a cabo la persona que asiste en la muerte a un paciente con esas características, carece de penalidad, pues lo único que hace el asistente es liberar al enfermo de sus dolencias, brindándole piedad al momento de morir. El consentimiento que presente el sujeto pasivo en este caso, debe ser de una persona capaz y que esté al tanto de su situación actual (Carlos Gaviria Díaz, 1997, p. 2)

En este sentido, la Corte Constitucional colombiana deja abierta la posibilidad de que en este país se reconozca la eutanasia activa; despenalizando así a aquellas personas que por razones de piedad ayuden a morir a un enfermo terminal. Cabe recalcar que la Corte de Colombia, señala que la única persona idónea para manejar un proceso de eutanasia son los profesionales de la salud. Al respecto, Gaviria señala lo siguiente:

“Por ello la Corte concluye que el sujeto activo debe de ser un médico, puesto que es el único profesional capaz no sólo de suministrar esa información al paciente sino además de brindarle las condiciones para morir dignamente. Por ende, en los casos de enfermos terminales, los médicos que ejecuten el hecho descrito en la norma penal con el consentimiento del sujeto pasivo no pueden ser, entonces, objeto de sanción y, en consecuencia, los jueces deben exonerar de responsabilidad a quienes así obren”. (Gaviria, 1997, p. 2)

De esta manera, Colombia se convierte en uno de los países que a nivel mundial reconoce la eutanasia activa. Al igual que Holanda y Bélgica, la única persona capaz de consumir un procedimiento de eutanasia son los médicos. En las legislaciones que hemos analizado en este apartado, se ha podido establecer que si bien existe la apertura para que la eutanasia pueda ser considerada por el paciente, también existen penalidades cuando no se acatan los requerimientos que las mismas leyes establecen. Siendo Colombia un país que se asemeja a la realidad cultural, legislativa e ideológica del Ecuador, se puede esperar que en algún momento dado estos argumentos también sean temas de debate en nuestra legislación.

2.3. Procedimiento del suicidio asistido

Como ya lo hemos señalado en párrafos anteriores, la situación legal del suicidio asistido en Suiza es totalmente legal al igual que en ordenamientos jurídicos como el Estado de Oregón, Quebec y Luxemburgo, con la salvedad que solamente en la legislación suiza, el procedimiento para que se lleva a cabo el suicidio asistido puede ser dirigido por cualquier persona, sin que necesariamente sea un médico.

Un aspecto importante, es el procedimiento para llevar a cabo un suicidio asistido en Suiza, ya que esta está lleno de procesos meticulosos que son necesarios para que el paciente pueda cumplir con su finalidad. En este punto, es conveniente referirse a la película española *Mar Adentro* de Alejandro Amenábar, filmada en el 2004, ganadora de un Oscar y basada en la vida real de Ramón Sampedro, escritor español que solicitó por muchos años a los juzgados de su país que le permitieran llevar a cabo una muerte asistida. Dicho film relata la historia de un hombre (Javier Bardem) que quedó parapléjico, atado a la cama de un hospital y al cuidado de su familia durante casi treinta años. Y el cual, después de este tiempo decidió llevar a cabo el suicidio asistido.

Ahora bien, ¿Porque aseguramos que se trató de un suicidio asistido y no de eutanasia? , para esclarecer esta incógnita, señalaremos 4 pasos esenciales que determinaron que se trató de un suicidio asistido: 1) La explicación que el protagonista brinda del porqué de su decisión, está todo el tiempo siendo grabada con una video filmadora; 2) Se estipula la libre decisión de llevar a cabo el proceso por parte del paciente, 3) Acciones como: la preparación del medicamento que es llevada a cabo por médicos, quienes son los asistentes de la muerte del paciente; y, 4) Ningún médico u otra persona ayuda al paciente a beber el liquito, en ese caso el paciente parapléjico con la ayuda de un sorbete, bebe el medicamento con lo cual ha dejado de existir. En este sentido, no se trata de un proceso de eutanasia ya que, como le vimos anteriormente, el vínculo existente es entre el paciente y el acto en sí mismo; en donde el medico es un simple asistente mas no sujeto activo del acto, como si lo es el paciente porque lleva a cabo su propia muerte.

En la legislación Suiza, se lleva a cabo el mismo proceso para consumar una muerte asistida. Tomando como referencia otros casos de la vida real como las muertes asistidas de Peter Smedley y Craig Ewert. Como lo hemos señalado, dicho proceso requiere de un procedimiento minucioso para que no exista contravención con lo dispuesto por el artículo 115 del Código Penal Federal Suizo, en cuento a “*selfish motives*” que puedan ocasionar que la persona que asistió la muerte de un paciente sea juzgado por haber inducido al suicidio.

3. LA DISCUSIÓN JURÍDICA SOBRE EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL ECUADOR

El tema del suicidio asistido dentro de la legislación ecuatoriana es nulo. A nivel constitucional, el Ecuador no ampara de ninguna manera esta figura. Sin embargo, en el presente apartado, analizaremos la normativa jurídica existente para determinar la aproximación que el suicidio asistido pueda tener en el ordenamiento jurídico ecuatoriano.

3.1 Alcance constitucional

Dentro de nuestro análisis jurídico, la Constitución, como norma suprema y garantista de derechos, es la base de nuestro análisis en cuanto a la aproximación que el suicidio asistido pueda tener dentro de la legislación ecuatoriana. Por su parte el artículo 32 de la carta magna, en cuanto a la salud señala que:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.” (Constitución del Ecuador, 2008, p. 18)

Como podemos ver, dicho artículo reza que el derecho a la salud, conlleva el ejercicio de otros derechos más. En este sentido, la norma señala una lista de ejemplificativa de derechos, dejando así, según nuestra consideración, abierta la posibilidad de que dicha lista sea más extensa. Por lo que, consideramos que un derecho que debería ser reconocido es el *Derecho a la Muerte Digna*, mismo que hemos tratado de explicar en esta investigación. Además, el numeral 2 del artículo 66 del mismo cuerpo legal, señala que el Estado deberá garantizar a las personas *el derecho a una vida digna* (Constitución del Ecuador, 2008). Por lo tanto, otro derecho que conllevaría el ejercicio del

derecho a la salud, es que las personas puedan tener una vida digna. Por cuenta, consideramos, basándonos en el análisis de esta investigación, que el alcance del concepto de vida digna incluye que una persona también pueda tener una muerte digna.

Lo cual, a nuestro parecer, no se cumpliría en los casos de enfermedades catastróficas de los pacientes, mismas que se encuentran reconocidas por el estado en el artículo 50 de la constitución de la República del Ecuador, en donde los esfuerzos humanos resultan ser inútiles y solo permiten que la agonía y el sufrimiento del enfermo se extienda.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud, en cuanto a la salud como un derecho fundamental, señala que:

“[...] el goce de la salud y el ejercicio de los derechos humanos actúan en sinergia. Así, cierto grado de salud física y mental es necesario para poder ejercer los derechos humanos. [...] Al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales es esencial para disfrutar de un verdadero bienestar físico y mental” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 15)

Ente esta afirmación, podemos considerar, que es evidente que el ejercicio del derecho a la salud requiere la congruencia con otros derechos que le permitan a una persona vivir con dignidad tanto en el ámbito físico como mental. En donde el proceso de la muerte también este dentro del derecho a una vida digna, como lo establece la constitución. Ya que, el estado debe garantizar, mediante políticas públicas, mecanismos efectivos que ayuden a garantizar los derechos humanos más básicos del ser humano. Porque de lo contrario, estas mismas políticas podrían problematizar el ejercicio de derechos que estén concatenados al bienestar físico y mental de los hombres. (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 10)

Por otro lado, la Ley Orgánica de Salud, en cuanto a la salud como tal, señala lo siguiente:

“La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.” (Ley Orgánica de Salud, 2012, p. 16)

Ante este articulado, consideramos que es conveniente analizar ciertos aspectos que la norma señala en cuanto a la salud. En Primer lugar, la anteriormente mencionada norma, señala que la salud es *el completo estado de bienestar físico, mental y social*, por lo cual, podemos ver que el concepto de salud no solamente se lo aplica al aspecto físico sino también mental. En este sentido la norma brinda mucha importancia a la salud mental de las personas. En segundo lugar, dicha norma señala que el tanto el Estado, como la sociedad son elementos importantes para generar un *estilo de vida saludable* (Ley Orgánica de Salud, 2012, p. 17).

En este caso, el profesor y filósofo Narciso Martínez Morán estima que los derechos de autonomía, mismos que conforman una unidad de expresiones que desembocan en un derecho extenso y universal que protege la *integridad personal*; se dividen en dos grupos: por un lado, aquellos derechos destinados a proteger la integridad física de un individuo y los cuales buscan el respeto a la vida, la integridad física de la personas y el ejercicio de su libertad. Y por el otro lado, los *derechos de integridad moral* de una persona, pues con estos se busca proteger la integridad moral de una persona, partiendo de aquellos valores que se exteriorizan como la dignidad de un individuo. (2008, p.158)

En resumen, se puede decir que de acuerdo a lo señalado por Narciso Martínez Morán, la integridad de una persona esta presenta tanto en el aspecto físico como moral. Y que además el *estilo de vida saludable* del cual trata la Ley Orgánica de la Salud, debe ser tomado en cuenta en todas las instancias de la vida de una persona, inclusive en la etapa de su muerte, ya que la vida de una persona termina cuando sus signos vitales se hayan desvanecido.

Ante estas afirmaciones, es conveniente hacernos las siguientes preguntas ¿Qué sucede con el estilo de vida de un paciente que está atado a la cama de un hospital? ¿A caso el estilo de vida de una persona, que no soporte sus dolencias a causa de una enfermedad terminal, debe ser esperar de forma dolorosa su muerte? César Gutiérrez-Samperio señala que *la calidad de vida* está bajo dependencia de los martirios y dolores que puedan producir los procedimientos médicos que sirvan para controlar el dolor de un paciente, así como la forma de alimentación, el aseo personal (2001, p. 271)

Como conclusiones en este primer análisis de la Constitución del Ecuador, consideramos, como ya lo dijimos anteriormente, que en dicho cuerpo normado no existe una aproximación total al suicidio asistido como tal. Además, que en la carta magna existe la carencia de conceptos como el de la vida digna o el de la muerte digna, que son fundamentales para determinar que una persona pueda ejercer el llamado derecho a morir.

3.2. El Alcance en el Derecho Penal

En este apartado, nos enfocaremos al análisis de la norma penal ecuatoriana. Tomando en cuenta que en el actual Código Integral Penal, la figura del suicidio es inexistente, ya que se eliminó de este cuerpo legal. Ante este vacío legal, nos encauzaremos al análisis del antiguo Código Penal ecuatoriano, en donde el suicidio si se encontraba tipificado. Consideramos de vital importancia la investigación de la norma penal, ya que tomando como ejemplo la legislación

suiza, misma que hemos analizado en este trabajo, la norma penal ha sido la que ha dado la apertura para el reconocimiento del suicidio asistido en ese país.

El Código Penal ecuatoriano de 1971, vigente hasta el 2014, en su artículo 454 señala, acerca del suicidio, solo siguiente:

“Será reprimido con prisión de uno a cuatro años y multa de ocho a setenta y siete dólares de los Estados Unidos de Norte América, el que instigare o prestare auxilio a otro para que se suicide, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.” (Código Penal, 1971, p. 65)

Por otro lado, el Código Penal Federal Suizo, en su artículo 115, establece en cuento al suicidio asistido lo que a continuación señalamos:

“Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty.” (Swiss Criminal Code, 2015, p. 12)

Como se puede palpar, tanto en el antiguo código penal ecuatoriano, como en el actual código penal de Suiza, se penaliza de forma genera a la persona que *instigare* a otra a suicidarse. La pena en ambos casos es relativamente igual, sin embargo consideramos que no es relevante en este análisis. Por otro lado, la diferencia sustancial entre las normas ecuatoriana y suiza, la una ya derogada y la otra en vigencia, es que en el caso de la primera, se establece que el suicidio está penalizado a toda costa, es decir no existe o más bien dicho no existió, posibilidad alguna de que una persona pueda *asistir* a una persona en su muerte. Mientras que en el segundo caso, la penalización del suicidio está condicionada a la frase *“selfish motives”*, es decir al hecho de que

si un sujeto prueba que asistió o incitó a la muerte a una persona sin *motivos egoístas*, no será penalmente enjuiciado.

Como podemos ver, esta gran y sustancial diferencia hace que en la legislación suiza se de paso a la existencia del suicidio asistido. Y en donde, organizaciones como Exit International y Dignitas, puedan funcionar y prestar sus servicios a sus pacientes como ya lo hemos visto durante esta investigación.

Como habíamos dicho anteriormente, acerca de la diferencia sustancial entre las dos normas, es preciso señalar, que en el caso de la legislación Suiza, en donde existe la posibilidad de que una persona pueda probar que no ha instigado o asistido a la muerte a un individuo por motivos egoístas, el proceso para comprobar dicha condición, requiere de un procedimiento muy minucioso. Verbigracia, algunos de los casos más conocidos como el del suizo Craig Ewert o del español Ramón Sampederro, cuyo caso fue reflejado en la pantalla chica con la película *Mar adentro*, ganadora de un Oscar y dirigida por Alejandro Amenábar, manifiestan de forma clara lo que es el suicidio asistido. En ambos casos, a través de una grabación de video se prueba la voluntad expresa del paciente de llevar a cabo el procedimiento, acompañado del acto de que el paciente por sí mismo, sin ningún tipo de ayuda, ingiera el medicamento.

3.3. El suicidio asistido en la legislación ecuatoriana

Con los argumentos anteriormente señalados acerca del alcance de la vida digna y de la muerte digna de una persona, es menester señalar que la dignidad humana también conlleva la etapa de la muerte. Pues, la vida de un individuo, como lo hemos señalado anteriormente, se acaba con sus signos vitales. Conceptos como la dignidad ética y la digneidad, que según el autor Narciso Martínez, buscan reconocer la dignidad humana tanto por sus actuaciones como de forma intrínseca por el hecho de ser un ser humano; han permitido establecer la importancia de que se regule y garantice la dignidad de los hombres en la etapa de su muerte como lo hacen algunas legislaciones extranjeras.

Países europeos como Suiza, Luxemburgo, Holanda y en el continente americano el estado de Oregón (Estados Unidos) y Colombia, han reconocido a sus habitantes la posibilidad de poder solicitar una muerte asistida en unos casos y en otros la eutanasia. Un aspecto unificado de las normas estudiadas en el capítulo 2 de este trabajo, ha sido que el respeto de la dignidad humana sea el argumento principal para la creación de estas leyes. Además del respeto al derecho a la autonomía que cada persona tiene para decidir sobre el fin de su vida; y el permitir que un paciente con enfermedad terminal no sufra las consecuencias catastróficas que se pueda presentar en su salud a consecuencia de esta. “Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano” (John Stuart Mill, siglo XX)

En el Ecuador, el tema del suicidio asistido y de la eutanasia, están muy lejos de ser reconocidos y posteriormente regulados. Ya que como hemos visto en los casos en donde se reconoce el suicidio asistido, la existencia de este mecanismo nace de la despenalización del suicidio y del auxilio a morir. En este caso, en la legislación ecuatoriana no se encuentra tipificado el delito del suicidio en el actual Código Integral Penal. Sin embargo, la Constitución de la República del Ecuador, señala que el derecho a la salud conlleva el ejercicio de

otros derechos más que sustenten el buen vivir. Es por ello que se ha tratado de probar que la muerte de una persona también debe ser tomada con dignidad y que no solamente se debe observar el derecho a la vida sino también la calidad de vida

Si bien la eutanasia y el suicidio asistido son temas, que de forma preferente, han sido objeto de debate en Europa, hemos tomado como referencia a la legislación colombiana por el acercamiento y similitud tanto cultural, legislativa y social con el Ecuador. Colombia, si bien penaliza en primera instancia al *Homicidio por Piedad*, la Corte Constitucional de este país ha tratado de abrir la mentalidad jurídica hacia nuevos temas de debate, como por ejemplo el Derecho a morir. Tanto así, que hoy por hoy el homicidio por piedad es permitido en este Estado.

Por todo lo dicho, la legislación ecuatoriana no esta tan alejada de la realidad jurídica colombiana y quizá tampoco de la europea, pues la dignidad de los hombres, principio fundamental que rige los Derechos Humanos, está latente en casi todos los ordenamientos jurídicos del mundo. Es por ello que el debate del suicidio asistido, más allá de ser ético o no, busca proteger la dignidad de una persona cuando se enfrenta a su muerte. Queremos dejar planteada la posibilidad de que en el Ecuador se abran horizontes de discusión y se legislen temas que han dejado de ser tabú y que solamente son realidades humanas; pues, del mismo modo que vida, la muerte también es una realidad.

CONCLUSIÓN

Después de esta ajustada investigación, y como se ha palpado durante este trabajo, son más las incógnitas que las respuestas. Sin embargo, queda muy claro que la dignidad de una persona se la mide de acuerdo a su calidad de vida, sin olvidarnos que eso incluye también la muerte. Ha sido posible determinar los alcances de muchos conceptos que forman parte de lo que nosotros llamamos el Derecho a Morir y que forman parte fundamental de la construcción teórica del suicidio asistido.

Es necesario comprender, que la sociedad necesita de mecanismos objetivos y eficientes para solucionar sus problemas. En este caso, estamos convencidos que el suicidio asistido es una alternativa para garantizar el derecho de las personas de llevar una vida digna hasta el final de sus días. Como vimos en líneas anteriores, en el Ecuador es casi nulo el debate en este tema, a pesar de ello, se debe entender que el derecho debe ser progresivo; progresivo con las necesidades humanas, con los problemas sociales.

Es importante que el legislador ecuatoriano se embarque en estos nuevos temas de debate, que como lo hemos visto, son ya el pan de cada día en legislaciones internacionales como Canadá, Suiza, Luxemburgo, Francia, Colombia, entre otras. El propósito de esta investigación, ha sido en lo posible, demostrar que existe un gran vacío legal que regule la etapa de la muerte de una persona. Creemos, en una sociedad más justa, en la cual se respete la decisión de un individuo de poner fin a su bien máspreciado, su cuerpo, cuando esta la crea necesario.

REFERENCIAS

- Allmark, P. (2002). *Death with dignity*. Recuperado el 1 de junio de 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733631/pdf/v028p00255.pdf>
- Alonso, J. (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Núm. 18, Vol. 9, pp. 2541-2548.
- Álvarez del Rio, A. (2013). El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido. *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental - Universidad Nacional Autónoma de México*. Núm. 35, Vol. 2, pp. 115-118.
- Andrews, F. (1974). Social indicators of perceived life quality. Recuperado el 1 de junio de 2016 de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/43678/11205_2004_Article_BF00303860.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Andorno, R. (2012). *BIOÉTICA Y DIGNIDAD DE LA PERSONA*. Madrid, España. EDITORIAL TECNOS.
- Bullé, V. (s.f). Derecho y Bioética. Recuperado el 1 de junio de 2016 de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1374/18.pdf>
- Carpizo, J y Valadéz, D. (2008). Derechos Humanos, aborto y eutanasia. Recuperado el 1 de junio de 2016 de <http://www.iedf.org.mx/sites/DDHH/publicaciones/09.pdf>
- Código Penal. Registro Oficial 147 de 22 de enero de 1971, y Suplemento, de 10 de febrero de 2014.
- Código Penal Colombiano. Diario oficial número 44.097 del 24 de julio de 2000.
- Constitución de la República del Ecuador, Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008 y Registro Oficial 490, Suplemento, de 13 de julio de 2011.
- Corte CE. Caso N.º 0005-13-CN. Fondo. Sentencia de 27 de mayo del 2015. Serie N.º 006-15-SCN-CC.
- Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Fondo. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Párr. 77.

- Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay. Fondo. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Parr. 14.
- De Miguel, C y López, A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. *Medicina Paliativa*. Núm. 13, Vol. 4, pp. 207-215.
- Declaración de Pamplona de la OMC, (1998). Documento de Trabajo de la Comisión de Estatutos sobre las funciones y competencias del consejo general y sobre sus órganos de gobierno y su composición. Pamplona, España.
- Del Rio, I y Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. *BOLETÍN ESCUELA DE MEDICINA U.C., PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE*. Núm. 32, pp. 16-22.
- DIGNITAS, (s.f). Objectives and purpose of DIGNITAS.
- Domingo, M. (s.f). El valor social de la bioética y la biojurídica. Recuperado el 10 de junio de 2016 de http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%BA38/Miguela_Domingo_Centeno.pdf
- Exit, (1997-2016). Exit International.
- Fernández, J. (1998). Suicidio Asistido por un médico. Recuperado el 1 de junio de 2016 de <file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-SuicidioAsistidoPorUnMédico-1224105.pdf>
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Editorial Altamira.
- García, G. (2007). Derecho a la vida digna. El concepto jurídico del dolor desde el Derecho Constitucional. *Opinión Jurídica - Universidad de Medellín*. Núm. 6, Vol. 12, 15-34.
- Gutiérrez-Samperio, C. (2001). La bioética ante la muerte. *Gaceta Médica de México*. Núm. 3, Vol. 137, 270-278.
- Kant, I. (1921). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Recuperado el 1 de junio de 2016 de http://pmrb.net/books/kantfund/fund_metaf_costumbres_vD.pdf

Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Registro Oficial 77, Suplemento 626 de 3 de febrero de 1995.

Ley Orgánica de la Salud. Registro Oficial 158, de 8 de noviembre de 1971.

Ley sobre los cuidados al final de la vida, (provincia de Quebec – Canadá).

Proyecto de ley nº 52 del 5 de junio de 2014. Recuperado el 25 de julio de 2016 de

[http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCI%C3%93N\]%20Qu%C3%A9bec%20-%20Ley%20sobre%20los%20cuidados%20al%20final%20de%20la%20vida%20-%20Junio%202014.pdf](http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCI%C3%93N]%20Qu%C3%A9bec%20-%20Ley%20sobre%20los%20cuidados%20al%20final%20de%20la%20vida%20-%20Junio%202014.pdf)

Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Registro Oficial 137 de 2000. Recuperado el 25 de julio de 2016 de

[http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCI%C3%93N\]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20a%20petici%C3%B3n%20propia%20y%20suicidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf](http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCI%C3%93N]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20a%20petici%C3%B3n%20propia%20y%20suicidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf)

Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio. Registro Oficial de 16 de marzo 2009. Recuperado el 25 de julio de 2016 de [http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCI%C3%93N\]%20Luxemburgo%20-%20Ley%20relativa%20a%20los%20cuidados%20paliativos,%20eutanasia%20y%20asistencia%20al%20suicidio%20-%20marzo%202009.pdf](http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCI%C3%93N]%20Luxemburgo%20-%20Ley%20relativa%20a%20los%20cuidados%20paliativos,%20eutanasia%20y%20asistencia%20al%20suicidio%20-%20marzo%202009.pdf)

[http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCI%C3%93N\]%20Luxemburgo%20-%20Ley%20relativa%20a%20los%20cuidados%20paliativos,%20eutanasia%20y%20asistencia%20al%20suicidio%20-%20marzo%202009.pdf](http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCI%C3%93N]%20Luxemburgo%20-%20Ley%20relativa%20a%20los%20cuidados%20paliativos,%20eutanasia%20y%20asistencia%20al%20suicidio%20-%20marzo%202009.pdf)

Loi relative à l'euthanasie (Ley Relativa al Suicidio), Bélgica. Del 28 de mayo de 2014.

Macia, R. (2012). El concepto legal de Muerte digna. Revista Derecho a morir dignamente. pp. 1-9.

Marcos, A. (s.f). Voluntades Anticipadas. Revista Filosofía del Derecho-UNED. pp. 1-28

- Martínez, N. (2008). EL DERECHO A LA INTEGRIDAD DE LA PERSONA EN EL MARCO DE LA MEDICINA Y LA BIOLOGÍA (EN EL ÁMBITO DE LA UNIÓN EUROPEA). *Revista de Derecho de la Unión Europea*, Núm. 15, Vol. 2, 155-181.
- Martínez, N. (2008). LA DIGNIDAD DE LA PERSONA ANTE EL DESAFÍO DE LA BIOTECNOLOGÍA. Universidad Nacional de España. *Revista de Derecho y Ciencias Sociales*. Núm. 1, 147-175.
- Martínez, M. (2009). La muerte: reflexiones desde la Bioética. Recuperado el 1 de junio de 2016 de <http://www.profesionalesetica.org/wp-content/uploads/2010/10/MARTINEZ-SALLES-La-muerte-reflexiones-desde-la-Bio%C3%A9tica-oct-2009.pdf>
- Nebot, C., Ortega B., Mira, J y Ortiz, L. (2010). Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Recuperado el 1 de julio de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n6/original1.pdf>
- Nussbaum, M. (2009). The capabilities of people with cognitive disabilities. *METAPHILOSOPHY*. Núm. 40, Vol. 3-4, pp. 131-151.
- Organización panamericana de la Salud, (2010). La salud y los Derechos Humanos.
- Paniker, S. (1998). El derecho a morir dignamente. *Anuario de Psicología*. Núm. 29, Vol. 4, 83-90.
- Rodríguez, A. (2012). Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos. Recuperado el 1 de junio de 2016 de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art6.pdf>
- Sánchez, M. (1996). EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. Núm. 2.
- Schmidt, L. (2013). ¿Vida digna o muerte digna?. *Revista Bioethikos*. Núm. 7, Vol. 2, 157-173.
- Shuluter, H. (s.f). Aspectos Bioéticos y Derechos Humanos en la eutanasia. Recuperado el 28 de julio de 2016 de
- Swiss Criminal Code, of 21 December 1937 (Status as of 1 January 2015). Recuperado el 1 de junio de 2016 de

<https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19370083/201501010000/311.0.pdf>

- Tapiedo, A. (2001). Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. ANALES DE MEDICINA INTERNA. Núm. 12, Vol. 18, 650-654.
- TEDH. Caso Vo. Vs. Francia, Fondo. Sentencia de 8 de julio de 2004, No. 53924/00, párrs. 75, 82, 84 y 85.
- The Oregon Death with Dignity Act. Registro de 1994.
- Torodot, S. (2006). La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano. Recuperado el 22 de julio de 2016 de <file:///C:/Users/USUARIO3/Downloads/Dialnet-LaDoctrinaDelConsentimientoInformadoEnElOrdenamien-2005307.pdf>
- Urzúa, A. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Recuperado el 1 de junio de 2016 de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Vega, J. (2007). LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA EN BÉLGICA Y LA «PENDIENTE RESBALADIZA». Cuadernos de Bioética. Núm. 1, Vol. 18, pp. 71-87.