

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

**“INCIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS 128 Y 132 DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN A LA FALTA
DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO”**

TESIS DE GRADO

OTTO RODRIGO REYES VILLACORTA

CARNET 11966-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

“INCIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS 128 Y 132 DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN A LA FALTA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO”

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

POR

OTTO RODRIGO REYES VILLACORTA

PREVIO A CONFERÍRSELE

LOS TÍTULOS DE ABOGADO Y NOTARIO Y EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

DECANO: DR. ROLANDO ESCOBAR MENALDO
VICEDECANA: MGTR. HELENA CAROLINA MACHADO CARBALLO
SECRETARIO: LIC. CHRISTIAN ROBERTO VILLATORO MARTÍNEZ
DIRECTOR DE CARRERA: LIC. ERICK MAURICIO MALDONADO RÍOS
DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. JUAN FRANCISCO GOLOM NOVA
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. ANA BELEN PUERTAS CORRO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. MARIO ROBERTO IRAHETA MONROY

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GABRIEL ESTUARDO GARCIA LUNA

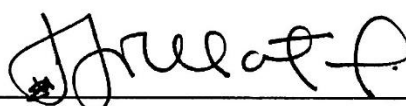
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante OTTO RODRIGO REYES VILLACORTA, Carnet 11966-11 en la carrera LICENCIATURA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES, del Campus Central, que consta en el Acta No. 07512-2017 de fecha 23 de agosto de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

“INCIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS 128 Y 132 DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN A LA FALTA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO”

Previo a conferírsele los títulos de ABOGADO Y NOTARIO y el grado académico de LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 2 días del mes de octubre del año 2017.



**LIC. CHRISTIAN ROBERTO VILLATORO MARTÍNEZ, SECRETARIO
CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
Universidad Rafael Landívar**

Guatemala 9 de agosto 2017

Señores Miembros del Consejo de la
Facultad Ciencias Jurídicas y Sociales
De la Universidad Rafael Landívar
Su despacho.

Estimados señores:

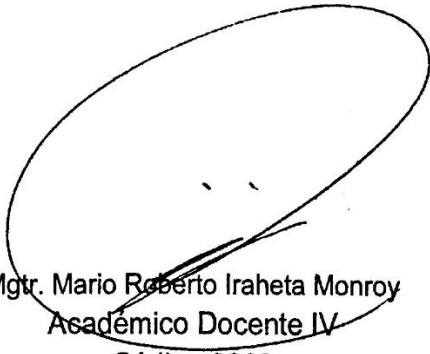
Por este medio hago de su conocimiento que asesoré al alumno: **OTTO RODRIGO REYES VILLACORTA** Carné **1196611**, en la elaboración del trabajo de tesis titulado **“INCIDENCIA DE LOS ARTICULOS 128 Y 132 DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN A LA FALTA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO”**, de conformidad con lo notificado por la Facultad.

El estudiante desarrolló su trabajo de investigación, dentro del marco del derecho penal, referido, al tema de la eutanasia y suicidio asistido, en relación con la legislación guatemalteca.

En este sentido, el aporte de la tesis del estudiante: **OTTO RODRIGO REYES VILLACORTA**, radica en poner al alcance de muchas personas, este tema, que es parte de una serie de temas tabúes de nuestra sociedad como los derechos de los grupos llamados LGBT (Lesbianas, Gays, bisexuales y Transgénero o Transexuales), la legalización de las drogas, la pena de muerte, el derecho al aborto de parte de las mujeres, etcétera; temas que muchas personas prefieren soslayar, pero que en un momento dado, tal como ocurrió en otros países, el tema saltará al debate público.. El alumno cumplió con los requisitos que establece el reglamento para la elaboración del trabajo de tesis, atendió las observaciones realizadas y contiene una bibliografía suficiente y adecuada.

Por lo anterior, apruebo el trabajo de tesis antes mencionado y considero que puede continuar con los procesos respectivos para su publicación.

Respetuosamente,



Mgtr. Mario Roberto Iraheta Monroy
Académico Docente IV
Código 3263

Guatemala, 23 de agosto de 2017

**Honorable Consejo de Facultad
Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Rafael Landívar**

Respetuosamente me dirijo a ustedes, con el objeto de rendir dictamen en mi calidad de revisor de forma y fondo de la tesis titulada: **“INCIDENCIA DE LOS ARTICULOS 128 Y 132 DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN A LA FALTA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO”**. La tesis fue elaborada por el estudiante **OTTO RODRIGO REYES VILLACORTA**, considero que la investigación reúne los requisitos para su aprobación, y sugiero se autorice su publicación de conformidad con lo estipulado en el Instructivo de Tesis de la Facultad.

Agradeciendo su atención a la presente, sin otro particular atentamente.



**GABRIEL ESTUARDO GARCÍA LUNA
REVISOR DE FORMA Y FONDO**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por haberme dado la sabiduría necesaria para cumplir con esta meta tan importante en mi vida.

A mí mamá: Hilda Elizabeth Villacorta Rosales, gracias por siempre confiar en mí y por los valores inculcados y el amor incondicional en todo el trayecto de mi vida, siempre estuviste a mi lado velando por darme lo mejor de ti y quien sin su apoyo no hubiera podido alcanzar este triunfo, a quien dedico especialmente este triunfo.

A mi papá: Oscar Estuardo Reyes Villacorta Por todo el apoyo brindado en el transcurso de la vida y por ayudarme a buscar la excelencia. Gracias por tu amor y todos tus esfuerzos para lograr que cumpliera esta meta, la cual representa un logro también para ti.

A mis hermanos: Por estar siempre a mi lado en cada paso que he dado en el trayecto de mi vida.

A mis sobrinos: Por ser el regalo más grande que mis hermanos me hayan podido dar.

A mis abuelitas: Thelma Rosales de Villacorta y Elsa Consuegra de Reyes por los consejos y las oraciones brindadas.

A mi tío: Carlos Antonio Villacorta Rosales, por ser una persona especial para mí y para mi familia quien siempre ha estado junto a nosotros brindándonos apoyo y cariño incondicional.

A mi tía y madrina: Elizabeth Rosales de León, por siempre estar conmigo y mi familia en todo momento y por el apoyo durante el transcurso de mi carrera universitaria.

A Luis Fernando Castillo Morales: Por todo el apoyo, los momentos en familia y por ser como un hermano para mí.

A Mitchel Hetwig Sturm Padilla: Por estar a mi lado en todo momento, apoyarme y brindarme ánimos y amor incondicional para seguir adelante. Nos encontramos en el momento perfecto de nuestras vidas para darnos el apoyo mutuo que necesitamos para

lograr cada una de las metas propuestas en nuestra formación universitaria. Significas todo para mí. Te amo.

A mi familia en general: Por estar siempre a mi lado, compartir momentos importantes en mi vida.

A mis amigos: Quienes estuvieron siempre pendientes y por todos los consejos y ayuda necesaria para lograr las metas propuestas.

A mi asesor de tesis: MGTR. Mario Roberto Iraheta Monroy, por su tiempo dedicado, amistad brindada y orientación profesional a lo largo de la elaboración de la presente investigación y cursos impartidos en mi formación universitaria.

A mi revisor de tesis: Dr. Gabriel Estuardo García Luna, por el apoyo y la educación compartida en las aulas durante mi trayectoria universitaria.

A la Universidad Rafael Landívar: En especial a la Facultad en Ciencias Jurídicas y Sociales por brindarme los conocimientos necesarios para alcanzar esta meta.

LISTA DE ABREVIATURAS

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

AMA: American Medical Association

AMM: Asociación médica mundial

OMS: Organización Mundial de la Salud.

EVP: Estado Vegetativo Persistente.

GIAN: Global Ignatian Advocacy Network

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas, para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Responsabilidad: El autor es el único responsable de los contenidos y conclusiones de la presente tesis.

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación está desarrollada en modalidad de una monografía, de tipo jurídico descriptivo-comparativo, la cual se complementó con una investigación de campo, la cual se realizó con una encuesta, con preguntas semiestructuradas, a una muestra dirigida, no probabilística, de profesionales del derecho y de las ciencias médicas para conocer sus opiniones al respecto, los resultados de la encuesta se exponen en el capítulo V.

El objetivo general en la presente investigación fue relacionar los temas de la eutanasia y el suicidio asistido con la legislación penal guatemalteca, debido a la falta de una prohibición expresa en el ordenamiento jurídico, la cual se suple con el contenido de preceptos constitucionales y normas penales, por lo que se deduce en este momento que la eutanasia y el suicidio asistido no tienen cabida legal dentro del orden jurídico guatemalteco.

Se expone lo relativo a la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido en países de Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Estados Unidos de América y Colombia en relación con la normativa jurídica guatemalteca.

El aporte de este trabajo, radica en poner al alcance de muchas personas, este tema, que es parte de una serie de temas tabúes de nuestra sociedad como los derechos de los grupos llamados LGBT (Lesbianas, Gays, bisexuales y Transgénero o Transexuales), la legalización de las drogas, la pena de muerte, el derecho al aborto, etcétera; temas que muchas personas prefieren soslayar, pero que en un momento dado, tal como ocurrió en otros países, el tema saltará al debate público.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1: La eutanasia	4
1.1 Definición.....	4
1.2 Análisis doctrinal de la eutanasia.....	6
1.3 Clasificación.....	17
1.3.1 Clasificación de la eutanasia según Núñez de Paz.....	17
1.3.2 Clasificación de la eutanasia según Valle Cano.....	17
1.3.3 Clasificación de la eutanasia según Paduczak.....	18
1.3.4 Clasificación de la eutanasia según Esquivel Jiménez.....	18
1.3.5 Clasificación de la eutanasia según Ávila Funes.....	19
1.4 Análisis del rechazo general de la comunidad médica al uso de la eutanasia por atentar contra el derecho a la vida.....	19
CAPITULO 2: Suicidio asistido y situaciones en las que se aplica	23
2.1 Definición.....	23
2.2 Análisis doctrinal del suicidio asistido.....	30
2.3 Método de aplicación del suicidio asistido.....	36
2.4 Análisis del rechazo general de la comunidad médica al suicidio asistido por atentar con el derecho a la vida.....	39
2.5 Situaciones en las que generalmente se aplica el suicidio asistido.....	41
2.5.1 Enfermedades terminales.....	41
2.5.1.a Definición.....	41
CAPITULO 3: La dignidad humana y las perspectivas doctrinales sobre la eutanasia y el suicidio asistido	43
3.1 Definición.....	43
3.2 Naturaleza jurídica.....	44
3.3 El derecho a la vida y muerte digna.....	48
3.4 Dignidad humana como valor.....	51
3.5 Perspectiva internacional en el ámbito de Derechos Humanos.....	65
3.6 Perspectiva filosófica.....	66

3.7 Perspectiva religiosa.....	68
3.8 La eutanasia y el suicidio asistido y la Ley de Guatemala.....	70
CAPITULO 4: Derecho comparado.....	76
4.1 Definición.....	76
4.2 Holanda.....	79
4.3 Bélgica.....	79
4.4 Luxemburgo.....	80
4.5 Suiza.....	81
4.6 Estados Unidos de América.....	81
4.7. Colombia.....	83
CAPITULO 5: Presentación, análisis y discusión de resultados.....	86
5.1 Respuestas Abogados y Notarios.....	86
5.2 Respuestas Médicos y Cirujanos.....	92
5.3 Discusión de resultados.....	97
CONCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES.....	101
REFERENCIAS.....	102
ANEXO.....	109

INTRODUCCIÓN

La eutanasia y el suicidio asistido consisten en una acción que provoca deliberadamente la muerte de un paciente desahuciado con la intención de evitar sufrimientos, lo cual por ser un tema de gran controversia despierta un sin número de debates éticos y morales al momento de querer implementar dicha práctica en una legislación que tiene como fin la protección de la persona humana.

En Guatemala se ha llegado a relacionar a la eutanasia y el suicidio asistido con los delitos de los artículos 128 y 132 Código Penal, los cuales, concretamente, establecen los criterios bajo los cuales se relacionan a las personas quienes inducen a otra al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, y de igual manera, a quienes mediante alevosía y que por un precio, recompensa, promesa o ánimo de lucro llegan a realizar dicha acción, razón por la cual se parte de la pregunta principal de investigación: ¿La falta de una prohibición expresa de la eutanasia y el suicidio en el ordenamiento jurídico, se suple con el contenido de preceptos constitucionales y normas penales?

El objetivo general de esta investigación fue relacionar los temas de la eutanasia y el suicidio asistido con la legislación guatemalteca.

El alcance de este trabajo de investigación se circunscribe al territorio de la República de Guatemala y se aborda únicamente el tema de forma de dar una idea general y una visión panorámica de su impacto en el mundo, y los diversos aspectos tratados por los expertos, tanto en las corrientes de pensamiento que opinan en favor y de quienes no están de acuerdo, señalando los argumentos que fundamentan estas posiciones.

En relación a los límites de la investigación, se encontró como obstáculo, que, al momento de realizar la encuesta, algunos profesionales consultados, cortésmente declinaron colaborar en emitir opinión, no obstante que no se requería consignar el nombre del profesional. Se realizó Derecho comparado con las legislaciones de Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Estados Unidos de América y Colombia.

El aporte de este trabajo, radica en poner al alcance de muchas personas, este tema, que es parte de una serie de temas tabúes de nuestra sociedad como los derechos de

los grupos llamados LGBT [Lesbianas, Gays, bisexuales y Transgénero o Transexuales], la legalización de las drogas, la pena de muerte, el derecho al aborto de parte de las mujeres, etcétera; temas que muchas personas prefieren soslayar, pero que en un momento dado, tal como ocurrió en otros países, el tema saltará al debate público; en la actualidad son pocos los que se atreven a escribir sobre este tema en Guatemala, en el subtítulo, “3.8 La eutanasia y el suicidio asistido y la Ley de Guatemala”, se hace referencia al contenido de algunos trabajos escritos en el país al respecto. Por lo complejo del debate, en este momento no se puede vislumbrar cual será el resultado de dicho debate, ya sea de aceptación o de rechazo.

Los sujetos de investigación que colaboraron con responder la encuesta fueron médicos que laboran tanto en el sector público como el privado, asimismo, abogados y notarios en el ejercicio de la profesión, cuyas opiniones están recopiladas en el capítulo de presentación, análisis y discusión de resultados.

Las unidades de análisis fueron: las boletas de recopilación de datos de las encuestas, la Constitución Política de la República de Guatemala de la Asamblea Nacional Constituyente del año 1985 y sus reformas, el Código Penal Decreto número 17-73 del Congreso de la República del año 1973 y sus reformas y el Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala de la Asamblea General de del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y sus reformas.

En cuanto a nivel internacional se analizaron, en Holanda, Ley 26691 Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido. En Bélgica la Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la eutanasia. En Luxemburgo Ley 16 de marzo de 2009: Legislación que regula los cuidados paliativos, así como la eutanasia y asistencia al suicidio. En Suiza Código 311.0: Código Criminal Suizo. Y en los Estados Unidos de América la Ley de la muerte digna de Oregón, la Ley SB 128 relativa al suicidio asistido en el Estado de California, la Medida de iniciativa 1000: Ley para morir con dignidad de Washington y la Resolución 1216 de 2015.de Colombia.

Respecto a los instrumentos utilizados en la presente investigación para recabar mayor información fue la encuesta, con preguntas semiestructuradas y la muestra fue, una

muestra dirigida, no probabilística, la cual permitió una recolección de información acompañada de razonamientos de profesionales, así como la utilización de un cuadro de cotejo cuya función corresponde en comparar la legislación de Guatemala con la de Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Estados Unidos de América y Colombia.

El presente trabajo de investigación se encuentra dividido en cinco capítulos, siendo los primeros cuatro los destinados a desarrollar conceptos y elementos necesarios para la comprensión y análisis de las figuras de la eutanasia y el suicidio asistido, así como su clasificación, métodos de aplicación y la opinión del conglomerado médico en relación a los mencionados procedimientos; La dignidad de la persona, las perspectivas religiosas y filosóficas, así como los aspectos internacionales en cuanto a su aplicabilidad y la comparación legislativa en el ordenamiento legal existente en otros países conforme al derecho comparado. En el quinto capítulo se realiza la presentación, análisis y discusión de resultados con fundamento en la encuesta utilizada con el fin de recopilar información de los profesionales de las Ciencias Médicas y de Ciencias Jurídicas y Sociales, finalmente se presentan los resultados y discusión del tema, asimismo las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO 1

La eutanasia

1.1 Definición

Al abordar el presente tema del trabajo de investigación, es pertinente hacer mención de las definiciones de la eutanasia y el suicidio asistido para poder dilucidar de una mejor manera la complejidad de este tema tan controversial.

El Diccionario de la Real Academia Española define la eutanasia como “acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos”.¹

La Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la Eutanasia, adoptada por la 38ª Asamblea Médica Mundial con fecha de octubre de 1987, Madrid España, y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne les Bains, Francia, en mayo de 2005, estipula que la misma es “El acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”.²

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Suicidio con ayuda médica, adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, en Marbella España, en el mes de septiembre del año 1992 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo en Divonne-les Bains, Francia, en mayo de 2005, indica que: “El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar

¹ Diccionario de la Real Academia Española. Real Academia Española. Eutanasia. España. 2001. www.rae.es Fecha de consulta: Guatemala, 3 de marzo de 2016

² World Medical Association, Asociación Mundial de la Salud, Resolución de la AMM sobre la eutanasia, Francia, 2013. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/e13b/>. Fecha de consulta: Guatemala 5 de marzo de 2016.

tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere”.³

La Asociación Médica Mundial insta enfáticamente a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a no participar en la práctica de la eutanasia, incluso si ésta se encuentra permitida por la legislación nacional o despenalizada bajo condiciones adoptadas por el Estado que la regula. Lo que encuentra aceptable es respetar el deseo del paciente respecto al rechazo del tratamiento médico, lo que no significa la aplicación de alguna de las prácticas abordadas en este capítulo.

Blázquez Fernández expresa que el término eutanasia etimológicamente “Significaba en la antigüedad una muerte dulce sin sufrimientos atroces”⁴; y en un sentido más preciso “Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, en la intención, causa una muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.⁵

Maciá Gómez establece que la eutanasia “Deriva del griego: "eu" (bien) y "thánatos" (muerte). Es todo acto u omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo, y que ocasiona la muerte inmediata de éste con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida. Cabe inicialmente destacar dos datos relevantes: para que la eutanasia sea considerada como tal, el enfermo ha de padecer, necesariamente, una enfermedad termina lo incurable, y en segundo lugar, el personal sanitario ha de contar expresamente con el consentimiento del enfermo”.⁶

En enero de 2002 la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) propuso la siguiente definición de eutanasia: “Conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida

³ World Medical Association, Asociación Mundial de la Salud, Resolución de la AMM sobre la eutanasia, Francia, 2013. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/e13b/>. Fecha de consulta: Guatemala 5 de marzo de 2016.

⁴ Blázquez Fernández, Niceto, Bioética, la nueva ciencia de la vida, España. Editorial Biblioteca de Autores Cristianos, 2000, pp.332.

⁵ *Ibid* pp33.

⁶ Maciá Gómez, Ramón Ignacio, Derecho a morir dignamente Asociación Federal, España, 2008. <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z14.pdf> fecha de consulta: Guatemala 11 de julio de 2017.

a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”.⁷

Con base en las definiciones antes mencionadas, se puede entender la eutanasia como un acto en virtud del cual se pone fin a la vida de una persona por padecimiento de una enfermedad terminal que produce sufrimientos innecesarios cuando ya no se tienen diagnósticos positivos que evidencien su recuperación.

1.2 Análisis doctrinal de la eutanasia

Jiménez de Asúa se refiere a la eutanasia en su libro “Libertad de Amar y Derecho a Morir” como “La muerte tranquila y sin dolor, con fines liberadores de padecimientos intolerables y sin remedios a petición del sujeto. Pero incluye también la que tiene objetivo eliminador seres desprovisto de valor vital, que importa a la vez un resultado económico previo diagnóstico y ejecución oficiales”.⁸

Díez Ripollés y Muñoz Sánchez consideran a la eutanasia en términos generales “Como un comportamiento que, de acuerdo con la voluntad o interés de otra persona que padece una lesión o enfermedad incurable, generalmente mortal, que le causa graves sufrimientos y afecta a su calidad de vida, da lugar a la producción, anticipación o no aplazamiento de la muerte del afectado”.⁹

Para Romeo Casabona “La noción más corriente de eutanasia se circunscribe a la realizada por compasión o motivación humanitaria y a requerimiento (consentimiento) del interesado, el cual sufre una enfermedad terminal u desea poner fin a sus sufrimientos”.¹⁰

De una manera un tanto más amplia pero al mismo tiempo más precisa, se puede llegar a conceptualizar la eutanasia como “la muerte indolora infligida a una persona humana,

⁷ SECPAL, Sociedad Española de Ciudadanos Paliativos, Sobre la eutanasia, España, 2002, disponible en sitio web: <http://www.secpal.com/inicio> fecha de consulta 03/05/2016.

⁸ Jiménez DE Usúa, Luis, *Libertad de amar y derecho a morir*, Argentina, Editorial Depalma, 1992, pp.338.

⁹ Díez Ripollés, Jose Luis y Juan Muñoz Sanchez, *El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada*, España, Editorial; Tirant lo Blanch, 1996, pp.511.

¹⁰ Romeo Casabona, Carlos María, “ *El marco jurídico penal de la eutanasia en el derecho penal*”, *Revista de la facultad de Derecho de la Universidad de Granada*, Vol II, No 13, España, 1989, pp.189.

consciente o no, que sufre abundantemente a raíz de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera deliberada por el personal sanitario, o al menos con su ayuda, mediante fármacos o con la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga con una vida que, en tales condiciones, se valora como una no digna de ser vivida”¹¹, a partir del pensamiento de Hernández Arriaga se desprende la idea de la eutanasia como una “muerte justificada” al responder a los detrimentos físicos que conllevan a una afectación directa también a la salud mental del paciente.

Gispert Cruells se refiere a la eutanasia como una doctrina (...) que aconseja facilitar el trámite de la muerte a moribundos de agonía muy penosa y a los enfermos desahuciados que padecen intensos dolores, procurándoles una muerte tranquila (...) ¹², lo que puede complementarse con lo indicado por Hernández Arriaga.

Para Cabanellas, “La eutanasia se entiende por la muerte piadosa que se da a los enfermos cuya curación se tiene por imposible y cuando se encuentra sometido a sufrimientos que los recursos de la ciencia no pueden suprimir ni siquiera paliar”.¹³

De acuerdo a Tomás Garrido, el punto de vista legislativo y en toda su dimensión político-social e indica que “La eutanasia debería estar siempre penalizada puesto que ese hecho manifiesta la protección del derecho a la vida, derecho nuclear a través del cual giran muchos derechos personales. Su legalización no es un problema puntual, es un cambio de valoración social del valor de la persona y de su dignidad, de ahí su peligro”¹⁴; Con base en los anteriores criterios se puede estructurar una definición de la eutanasia, entendiéndola como una acción u omisión en la cual el médico causa premeditadamente la muerte del paciente que padece de alguna enfermedad terminal.

¹¹ Hernández Arriaga, Jorge Luis, *Bioética general*, México, Ed. El manual moderno, 2002, pp. 259.

¹² Gispert Cruells, Jorge, *Conceptos de bioética y responsabilidad médica*, México, Ed. El manual moderno, 2001, 2da edición, pp. 139.

¹³ Cabanellas Guillermo, “Diccionario Jurídico”, Tomo D – E, Argentina, Ed. Heliasta S.R.L. 1989, Pag. 603

¹⁴ Tomás Garrido, Gloria María, *Cuestiones actuales de la bioética*, España, Ed. EUNSA, 2011, pp. 142. Disponible en sitio web: <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/reader.action?docID=10638532> Fecha de consulta: 02/03/2013.

Dentro del ámbito religioso, se hace mención a “la Vangelium Vitae, la cual significa evangelio de vida y es una encíclica redactada por el Papa Juan Pablo II y publicada el 25 de marzo de 1995”.¹⁵ Dentro del comunicado mencionado se abordan temas de gran controversia que son objeto de innumerables debates tanto éticos como legales dentro de la sociedad mundial actual, ya que esta trata sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. Dentro de esta encíclica, el Papa Juan Pablo II condena a la eutanasia por ser una grave violación a la Ley de Dios, en cuanto que trata de una eliminación deliberadamente de una vida humana.

Tomás Garrido hace referencia a tal texto al decir que: “La condena de la eutanasia que se hace en la encíclica Evangelium vitae por ser ‘una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana’ entraña el peso de la razón ética universal fundada en la ley natural y la instancia elemental de la fe en Dios creador y custodio de toda persona humana”.¹⁶

De lo anterior se deriva un análisis partiendo de que Tomás Garrido hace alusión a una serie supuestos de la eutanasia en cuanto que vulnera un derecho fundamental y primordial de toda persona humana, traduciéndose entonces a que la intención de tal práctica es la intención de dar por finalizada la vida de una persona o de acelerar la muerte de ésta.

Así mismo continua el pensamiento de Tomás Garrido al mencionar que “La eutanasia es siempre ilícita, aunque se practicara con fines compasivos, o aunque la solicitara el enfermo”.¹⁷ A partir de este criterio, a pesar de existir cualquier motivo que pueda fundamentar y justificar la aplicación de la eutanasia, se estaría vulnerando el principio básico de defensa de la vida humana, ya que no es solamente una violación a los derechos de la persona directamente afectada por la controversial práctica de la eutanasia, sino que también se estaría, más que en una vulneración y atentado contra la vida, en un atentado contra la humanidad.

¹⁵ Unionpedia, Unionpedia, Evangelium Vitae, España, 2004, disponible en sitio web http://es.unionpedia.org/Evangelium_Vitae fecha de consulta 23/04/2016

¹⁶ *Ibid.*, Pág 143.

¹⁷ *Loc cit.*

Tomás Garrido señala que “La práctica de la eutanasia tiene como fin evitar una mala práctica médica terapéutica a los pacientes con un mal pronóstico médico, la cual se deriva por una aplicación de medios clínicos que no conseguirán la recuperación del paciente terminal, y que generaría únicamente una prolongación corta de la vida del paciente en condiciones sumamente penosas y dolorosas”.¹⁸ Hace referencia Tomás Garrido, que “El encarnizamiento terapéutico consiste en retrasar el advenimiento de la muerte por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos”.¹⁹

De lo anteriormente expuesto, la eutanasia involucra el aceleramiento de la muerte del paciente, mientras que el encarnizamiento terapéutico, por otra parte, procura e intenta retrasar e incluso evitar su muerte, pero la práctica de esta postura generalmente no da beneficio alguno al paciente, ya que estos causan mejorías o beneficios muy leves que no compensan los efectos secundarios de los procedimientos médicos y paliativos de los pacientes y llegan a provocar daños aún mayores, como lo son la secuelas psicológicas que dejan a los familiares por observar la situación delicada y grave del paciente que sobrelleva una carga adicional a la enfermedad de la cual es portador.

El problema a dicha encrucijada y delgada línea entre la vida y la muerte, entre la agonía y la quietud, se soluciona mediante el diálogo, tomando en cuenta la decisión del paciente o en todo caso, la de los familiares cuando el paciente no se encuentra en su capacidad de decidir sobre sí mismo, pero nadie tiene derecho de decidir arbitrariamente sobre la vida de otra persona.

El Consejo de Europa, con sede en la ciudad francesa de Estrasburgo, tiene como objetivo principal crear un área democrática común y legal en todo el continente que garantice el respeto a los valores fundamentales: “Los derechos humanos, el imperio de la ley, el fomento de la cultura y la consolidación de la estabilidad democrática. Se supone que estos valores son la base de una sociedad tolerante y civilizada indispensable para

¹⁸ *Ibid.* pp.143

¹⁹ *Ibid.* pp. 144.

la estabilidad europea, el desarrollo económico y la cohesión social, y es por esta razón, que el Consejo de Europa no hizo caso omiso al controversial tema de la eutanasia”.²⁰

La agencia de noticias Gaudium Press indica que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la sesión del 25 de enero de 2012, aprobó la resolución número 1859 con el título de: Proteger los derechos y la dignidad humana en consideración a los deseos previamente expresados por los pacientes. De acuerdo con esta resolución “La eutanasia, en el sentido de la muerte intencional, por acción u omisión, de un ser humano en función de su presunto beneficio, debe ser prohibida siempre”.²¹

Esta decisión mantiene la línea sobre otras previas del mismo consejo. De esta forma se mantiene vigente la Recomendación número 1418 que defiende que la eutanasia contraviene la Convención Europea de los Derechos Humanos.

Ahora bien, dentro de la recomendación número 1418 del departamento de Humanidades Bioéticas de España, se menciona que “El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata”.²²

Conforme a lo entendido en el párrafo anterior, se hace evidente que por el mismo avance tecnológico y medicinal de la época, existe una gran tendencia de emplear todos los medios posibles para alargar el tiempo de vida de los pacientes, con lo cual se llega a no tomar en cuenta de cierta manera la calidad de vida de estos, ya que adolecen de alguna enfermedad terminal que solamente hace más extenso el sufrimiento.

²⁰ ZENIT, Consejo de Europa, La eutanasia debe ser siempre prohibida, España, 2012. Disponible en sitio web: <https://es.zenit.org/articles/consejo-de-europa-la-eutanasia-debe-ser-siempre-prohibida/> fecha de consulta 03/05/2016.

²¹ Bioética web, Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa pide prohibir la eutanasia España, 2012. Disponible en sitio web: <http://es.gaudiumpress.org/content/33329-Asamblea-Parlamentaria-del-Consejo-de-Europa-pide-prohibir-la-eutanasia> fecha de consulta: 03/05/2016.

²² Departamento de Humanidades biomédicas, Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, España, 2002. Disponible en sitio web: <http://www.unav.es/cdb/acoerrec99-1418.html> fecha de consulta 03/05/2016.

El Departamento de Humanidades Bioéticas de España refiere que “En 1976, en su resolución 613, la Asamblea declaró que estaba convencida de que lo que los enfermos terminales quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos. La Recomendación 779 añadió que prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento”.²³

El Departamento de Humanidades Bioéticas de España señala que “La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad”.²⁴

Los derechos fundamentales que derivan de la dignidad del paciente terminal o moribundo se ven amenazados por diversos factores que son expuestos por la Recomendación número 1418 previamente mencionada, los cuales son: “I. Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor; II. La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales; III. La prolongación artificial del proceso de muerte, ya por el uso desproporcionado de medios técnicos, ya por la continuación del tratamiento sin consentimiento del paciente; IV. La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa”.²⁵

Para el Departamento de Humanidades Bioéticas de España, los factores de riesgo que afectan a los pacientes con enfermedades terminales: “V. La insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares y amigos de los pacientes, que también puede aumentar el sufrimiento humano en sus distintas dimensiones; VI. El temor de los pacientes a perder el control sobre sí mismos y convertirse en una carga, en seres dependientes por completo de sus familiares o de instituciones; VII. La carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse para siempre de sus familiares y amigos en paz; VIII. La insuficiente asignación de financiación y recursos

²³ *Loc. Cit*

²⁵ *Loc. Cit.*

para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos; IX. La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte”.²⁶

Como se puede observar, son diversos los motivos por los cuales los derechos fundamentales de las personas con enfermedades terminales se ven afectados y amenazados, los cuales conllevan una estrecha relación en cuanto a la dignidad de la persona humana, ya que no solamente el padecimiento propiamente dicho es el que interviene en el estado anímico, físico y moral de estas personas.

Después de haber expuesto los factores concernientes la dignidad de los pacientes y el respeto hacia los mismos, se proseguirá a determinar la definición de paciente terminal, y este consiste, según el artículo segundo de la resolución número 1216 del Congreso de Colombia en el año 2015, como (...) todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces (...)²⁷

Cabe destacar de lo anterior los aspectos de ser una enfermedad de carácter progresiva e irreversible, ya que por lo general sus efectos prosiguen aun cuando se le haya aplicado el debido tratamiento médico al paciente.

Por otra parte, La Asamblea del Consejo de Europa insta a los Estados miembros a que su Derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular sobre: “I. El morir sometido a síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.); II. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal; III. El morir en el aislamiento social y la degeneración; IV. El morir bajo el temor de ser una

21. *Loc. Cit*

26 *Loc. Cit.*

27 Congreso de la República de Colombia, Ley No 1733, 2014

carga social; V. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas; VI .La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo”.²⁸

De conformidad a la realidad mundial actual, es más común encontrar en los hospitales y en los centros de salud y atención médica a pacientes con enfermedades terminales, que llevan a la persona a un desenlace fatal, de tal manera que las personas cercanas al paciente, como su familia, llegan a desarrollar diferentes emociones negativas al momento que llega a suceder una situación de esta magnitud y naturaleza, tales como la preocupación, miedo, la angustia e incluso la desesperación, por consiguiente es que los pacientes con lesiones o enfermedades terminales llegan a requerir una mayor atención, tanto por parte del equipo médico y de salud, como de sus familiares y amigos.

Hay que hacer énfasis a lo anteriormente descrito, y es que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos tales como los cuidados paliativos integrales, de modo que se adopten las medidas necesarias para: “I. Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos los Estados miembros; II. Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal; III. Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño”.²⁹

Es de esta manera que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa estipula que “Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o complementarios de asistencia médica; IV. Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada; V. Asegurar la

²⁸ OpenCourseWare, Universidad de Cantabria, Recomendación 1418 1999 del Consejo de Europa, España, 2011, Disponible en sitio web: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/etica-bioetica-y-legislacion/otros-recursos-1/Recomendacion%201418%201999%20del%20Consejo%20de%20Europa.pdf/view> fecha de consulta 03/05/2013

²⁹ *Loc. Cit*

cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal; VI. Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo; VII. Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida”.³⁰

Agrega la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa que “VIII. Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles; IX. Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinar. X. Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico y; XI. Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina”.³¹

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa respaldando la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas con el fin de proteger la vida humana, adopta las medidas necesarias para: “I. Reconocer que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, es garantizado por los Estados miembros, de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual "nadie será privado de su vida intencionadamente; II. Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero; III. Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida”.³²

³⁰ *Loc. Cit*

³¹ *Loc. cit*

³² Departamento de Humanidades biomédicas, *Op.Cit.*

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

En 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su resolución 613 declaró que estaba "Convencida de que lo que los enfermos terminales quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos, por lo que prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento".³³

Es de esta manera que surge la limitante de la práctica médica, ya que para los profesionales de la medicina el fin supremo es el de curar y aliviar las dolencias de las personas, así como de asegurarles la vida, pero se pueden llegar a dar situaciones en las cuales ningún tratamiento médico puede ser efectivo para apaciguar dichos sufrimientos.

De la misma forma, la Sociedad Española de Ciudadanos Paliativos (SECPAL) hizo una Declaración sobre la eutanasia, en enero del año 2002, la cual consistía en lo siguiente: "La eutanasia, entendida como conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona enferma, por un motivo compasivo, puede producirse tanto mediante una acción como por una omisión. La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado".³⁴

La Sociedad Española (SECPAL) establece que "La eutanasia es inyectar un fármaco letal como omitir una medida terapéutica que estuviera correctamente indicada, cuando la

³³ *Loc. Cit.*

³⁴ SECPAL, Sociedad Española de Ciudadanos Paliativos, Sobre la eutanasia, España, 2002, disponible en sitio web: <http://www.secpal.org/inicio>. Fecha de consulta: 03/06/2016.4

intención y el resultado es terminar con la vida del enfermo. Hablar de ‘eutanasia pasiva’ es ambiguo y confuso porque supone clasificar conjuntamente dos situaciones de diferente naturaleza. Por un lado tenemos lo que se puede denominar como ‘permitir la muerte’ lo que es evitar el encarnizamiento médico, respetar el derecho a rechazar tratamientos; y por otro lado tenemos la eutanasia por omisión. Se pueden suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto ‘permitir la muerte’ frente al de ‘eutanasia por omisión’, pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica”.³⁵

Sigue acotando (SECPAL) que “Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias. Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia”.³⁶

Aunado a lo anterior, es de importancia aclarar que la vida de la persona se debe abordar siempre desde una perspectiva encaminada a la dignidad humana, y aunque en las sociedades modernas de la actualidad intenten oponerse a los criterios técnicos sobre los éticos para referirse a la vida humana. La dignidad de la persona humana, ante la muerte, es pues, inherente a ella.

De una manera acertada, Cano Valle, establece que la eutanasia consiste en “El acto de provocar una muerte tranquila y sin dolor en una paciente terminal. Este acto puede lograrse provocando la muerte del enfermo, exiliándolo, o bien dejándolo morir, para su bien o por su propio interés”.³⁷

Conforme a las definiciones anteriormente expuestas, se evidencia que la eutanasia puede ser llevada a cabo de diversas maneras para ponerle fin a los sufrimientos

³⁵ *Loc. Cit*

³⁶ *Loc. Cit.*

³⁷ Valle Cano, Fernando; Bioética: temas humanísticos y jurídicos, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2010, pp. 111

superfluos que el paciente padece, por lo que es de suma importancia hacer una serie de distinciones y clasificaciones que a continuación se presentarán.

1.3 Clasificación

Los diferentes autores que han ocupado el tema, han realizado clasificaciones de los diferentes tipos de eutanasia, y es por ello que en el presente apartado se hace referencias a varias clasificaciones:

1.3.1 Clasificación de la eutanasia según Núñez de Paz

A) Positiva o directa: La eutanasia positiva o directa, mejor conocida como eutanasia activa, la define Núñez de Paz, la cual “Consiste en la realización de un comportamiento de ayuda a la muerte para suprimir o paliar los sufrimientos del paciente, distinguiéndose a su vez, de acuerdo con la intencionalidad del autor, en directa e indirecta”.³⁸

B) Eutanasia negativa o indirecta: Conocida de igual manera como eutanasia pasiva, radica, Según Núñez de Paz, “Principalmente de la omisión del tratamiento en que se emplean medios que contribuyen a la prolongación de la vida del paciente cuando esta presenta a un deterioro irreversible o una enfermedad incurable en fase terminal”.³⁹

1.3.2. Clasificación de la eutanasia según Valle Cano

1) Voluntaria: Hace mención Valle Cano en su obra citada con anterioridad que ésta “Se realiza a petición del paciente con su consentimiento informado”.⁴⁰

2) Involuntaria: Continúa Valle Cano exponiendo que la eutanasia involuntaria “Es la que se realiza en un paciente incompetente, es decir, en los pacientes en estado de coma irreversible o con trastornos mentales como la anencefalia”.⁴¹

³⁸ Núñez de Paz, Miguel Angel. Homicidio Consentido, Eutanasia y Derecho a Morir con Dignidad. Madrid, España. Editoriales Tecnos, S.A. 1999. Pág 58.

³⁹ *Ibid*, Pág. 142.

⁴⁰ Valle Cano, Femando, *Op. Cit.* Pág 111

⁴¹ Loc. Cit

1.3.3 Clasificación de la eutanasia según Paduczak

I) Eutanasia solutiva: La define Paduczak como “Aquella que consistente en el auxilio en el morir, desprovisto de todo efecto de abreviación de la parábola vital. Mitigar el sufrimiento mediante calmantes que no incidan en la duración de ese decurso, controlar las sofocaciones o espasmos, asistir psicológica y/o espiritualmente al enfermo o anciano son expresiones de eutanasia solutiva”.⁴²

II) Eutanasia resolutive: Acorde con Paduczak “Se caracteriza por incidir en la duración del plazo de la vida, sea reduciéndolo, sea suprimiéndolo, en interés del enfermo y con su consentimiento previo y autodeterminado o el de su representante legal”.⁴³

III) Eutanasia autónoma: Agrega Paduczak que es “Aquella en que la preparación y la provocación de la propia “buena muerte” es sin intervención de terceras personas”.⁴⁴

IV) Eutanasia heterónoma: Señala Paduczak “Que es aquella resultante de la acción o participación de terceras personas”.⁴⁵

1.3.4 Clasificación de la eutanasia según Esquivel Jiménez

A) Eutanasia piadosa: Acorde a lo expuesto por Esquivel Jiménez, la eutanasia piadosa es “Aquella que tiene por objeto evitar el sufrimiento de un enfermo terminal principalmente cuando es exigida en forma seria y consciente”.⁴⁶

B) Eutanasia eugenésica: Agrega Esquivel Jiménez que es “Aquella que se dirige al mejoramiento de la raza humana”.⁴⁷

⁴² Terragnijurista, Paduczak Sergio, Eutanasia, Argentina, 2010, Disponible en: <http://www.terragnijurista.com.ar/doctrina/eutanasia.htm>. Fecha de consulta: 03/06/2016

⁴³ Loc. Cit

⁴⁴ Loc. Cit.

⁴⁵ Loc. Cit.

⁴⁶ Universidad de Barcelona, Esquivel Jiménez, Juan, Tipos de Eutanasia, España, 2004. Disponible en sitio web: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/4.htm> fecha de consulta: 17/07/2017.

⁴⁷ Loc. Cit.

C) Eutanasia económica: De acuerdo con Esquivel Jiménez, es “Aquella dirigida a eliminar a las personas cuyas vidas se consideran inútiles, exentas de valor vital y de costoso mantenimiento”.⁴⁸

1.3.5 Clasificación de la eutanasia según Ávila Funes

1) Ortotanasia: De acuerdo con la clasificación efectuada por Ávila Funes, “La ortotanasia se refiere a permitir que la muerte ocurra “en su tiempo cierto”, “cuando deba de ocurrir”, por lo tanto los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la enfermedad y por lo tanto el curso de la muerte”.⁴⁹

2) Distanasia: Agrega Ávila Funes, “El concepto de distanasia, por el contrario, se refiere a la prolongación innecesaria del sufrimiento de una persona con una enfermedad terminal, mediante tratamientos o acciones que de alguna manera “calman” los síntomas que tiene y tratan de manera parcial el problema, pero con el inconveniente de estar prolongando la vida sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo”.⁵⁰

1.4 Análisis del rechazo general de la comunidad médica al uso de la eutanasia por atentar contra el derecho a la vida.

El código Internacional de ética médica aprobado en la tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, Inglaterra, octubre 1949, enmendado por la Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983), formula los deberes del médico para con los enfermos e indica, en primer lugar.... “El médico debe tener siempre presente la obligación de preservar la vida humana, y desde luego el no causar daño de manera similar”.⁵¹

⁴⁸ *Loc. Cit.*

⁴⁹ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ávila Funes, José Alberto, Eutanasia, Ortotanasia y Distanasia, México, 2013. Disponible en sitio web <http://www.innsz.mx/descargas/investigacion/EutanasiaOrtotanasiayDistanasia.pdf> fecha de consulta 17/07/2017.

⁵⁰ *Loc. Cit.*

⁵¹ 22ª Asamblea Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica.

A pesar del descontento y la negatividad de los médicos en aplicar la eutanasia a los pacientes en estado terminal, el Código Deontológico de Médicos y Cirujanos de Guatemala, establece claramente en su artículo 42, que “La eutanasia no le está permitida en ningún caso al médico, y mucho menos bajo consideraciones tan poco precisas como el evitar más sufrimiento al enfermo o el derecho a una muerte digna”⁵², ya que bajo ninguna circunstancia, el médico se prestará para aplicar la eutanasia a un paciente con el fin de evitarle sufrimientos innecesarios.

Algo interesante y a manera de contraposición, es que el mismo Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, dentro de su artículo 40 establece de manera explícita que “El médico deberá evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanzas, cuando supongan molestias o sufrimiento adicional e innecesario para el enfermo”.⁵³

Es de esta manera una contravención o contraposición a proteger el derecho primordial de toda persona humana, ya que, si bien es cierto que se establece que el médico no practicará la eutanasia a un paciente terminal, el artículo 40 del Código del profesional de la medicina evitara acciones terapéuticas sin esperanza alguna, cuando supongan molestias innecesarias al enfermo. Deontológico de médicos y Cirujanos establece que

Dentro del cuerpo y la exposición de motivos del Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos se establece lo siguiente: “La Ética, como ciencia de la moral, contribuye decisivamente para que podamos delimitar el campo de las elecciones a realizar, porque torna comprensibles los hechos sociales que tienen implicaciones morales. Ella estudia como las colectividades separan las buenas de las malas costumbres, distinguen al bien del mal, identifican virtudes y vicios. Por ser una reflexión sistemática sobre la conducta de las personas, ofrece conocimientos que permiten analizar, explicar y evaluarlos riesgos de imagen que nuestras acciones pueden provocar”.⁵⁴

⁵² Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Código deontológico de médicos y cirujanos de Guatemala.

⁵³ *Loc. Cit.*

⁵⁴ Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, exposición de motivos.

La ética médica se centra en la relación médico – paciente, médico – médico, médico– industria farmacéutica y médico - patrono. En sentido riguroso se interesa en aconsejar respecto de las conductas, prácticas y actitudes que debe tener el Médico en el ejercicio de profesión y en el uso de su ciencia y su conciencia para que estas se enmarquen en un contexto moral que se supone como “ideal”. Este supuesto percibido como “ideal” se sustenta en las sanas costumbres, en el sentido común y en principios ya aceptados o indiscutibles.

A continuación se transcribe lo referente al juramento médico que representa la relación entre la moral y las ciencias humanas y de la salud, el cual se encuentra contemplado dentro del Código Deontológico de Médicos y Cirujanos de Guatemala, el que establece lo siguiente: “Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen; transmitir mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética; ejercer mi profesión dignamente y a conciencia; velar solícitamente por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos a mi confiados; mantener incólumes por todos los medios al alcance, el honor y las nobles tradiciones profesión médica; considerar como hermanos a mis colegas”.⁵⁵

Prosigue la norma citada anteriormente en base al juramento Hipocrático “Hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, razas, rangos sociales, género, u otras evitando que éstas se interpongan entre mis servicios profesionales y mi paciente; velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas; solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho”.⁵⁶

La ética siempre se encuentra intrínseca dentro de esta rama profesional. Es una condición indispensable y necesaria, ya que las ciencias son las que aportan contenido concreto para determinar los valores de la humanidad. El respeto a la vida es uno de los

⁵⁵ *Loc. Cit*

⁵⁶ *Loc. Cit.*

principios universales que se encuentran presentes en la conciencia de la humanidad, ya que este se encuadra como un valor central en torno al cual se desarrolla la conciencia moral de toda sociedad.

El médico debe respetar la vida y la dignidad del enfermo grave y del moribundo y no es la ciencia la que redime al hombre, sino que la sociedad entera y en particular los sectores relacionados con la ciencia médica deben expresar la solidaridad del amor, la salvaguardia y el respeto de la vida humana en todos los momentos de su desarrollo, sobre todo cuando padece una enfermedad o se halla en su fase terminal.

CAPITULO 2

Suicidio asistido y situaciones en las que se aplica

2.1 Definición

Dentro del conglomerado médico, el respeto de la libertad de la persona y de los derechos de los pacientes son cada vez más tomados en cuenta en el momento en que se llega a tomar alguna decisión respecto de su salud, y más importante aún, sobre su vida, y debido a ello se hace de manera inminente la necesidad de hacer una profunda reflexión en cuanto a la dignidad de la persona y el derecho a la vida, lo cual se abordará en los siguientes capítulos de la presente investigación.

Limones García y Otero la definen como “La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológico-emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano, quizás aquéllos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en su red de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da es también antagónica”.⁵⁷

La entidad Vida Humana Internacional con sede en España, de manera concreta, establecen que el suicidio asistido se puede considerar como una manera de “Proporcionarle a una persona los medios suficientes para que pueda, ella misma, causarse la muerte. Este concepto es altamente peligroso, ya que muchos están de acuerdo con la idea errónea del “derecho a morir”, por lo cual no les parece tan censurable el suicidio como el asesinar a una persona”.⁵⁸

Al respecto del tema no puede dejarse de mencionar al médico Jack Kevorkian, nacido en Michigan el 26 de mayo de 1928 en los Estados Unidos de América, quien ayudó a

⁵⁷ Limones García, Ramón y Joaquín Otero, “*actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*”, México, Ed. Red Investigación en Salud, 2006, pp. 4.

⁵⁸ Vida humana internacional, Misioneros a favor de la vida en el mundo hispano, El suicidio asistido y la eutanasia: lo que todos necesitan saber, España, 2011, Disponible en sitio web: <http://vidahumana.org/noticias/item/95-el-suicidio-asistido-y-la-eutanasia-lo-que-todos-necesitan-saber> fecha de consulta 10/03/2016

morir a 130 pacientes quienes padecían de enfermedades terminales a través de un dispositivo que permitía suicidarse de manera indolora, y debido a ello fue llevado a juicio y sentenciado a ocho años de prisión. El lema que implementó para justificar los procedimientos de sus acciones relacionados con la eutanasia y el suicidio asistido fue “morir no es un crimen”.

Para Kevorkian, el suicidio asistido “Significa proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro. Se plantea como deseo de extinción de muerte inminente, porque la vida ha perdido razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperanzada. Cabe destacar, que en este caso es el paciente el que voluntaria y activamente termina con su vida, de allí el concepto de suicidio”.⁵⁹

Kervorkian estipula que el procedimiento del suicidio asistido “Consiste en la administración y asistencia, de forma intencionada y con pleno conocimiento, de los medios necesarios para acabar con la vida de un paciente que previamente ha expresado su deseo de morir”.⁶⁰

En cuanto al suicidio asistido, cabe mencionar que es la acción de tomar los medicamentos que conducen a la muerte es obra del propio paciente, quien es el sujeto que padece de los sufrimientos innecesarios.

Lantigua considera que se conoce como suicidio asistido, a “A aquel en el que se le proporciona a una persona, de forma intencionada y con conocimiento, los medios necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de

⁵⁹ Misterios.co, Eldragonerrante, Eutanasia: Jack Kevorkian y sus máquinas para quitar la vida, España 2010, disponible en página web: <https://misterios.co/eutanasia-jack-kevorkian-y-sus-maquinas-para-quitar-la-vida/> fecha de consulta: 10/03/2016

⁶⁰ La nueva España, Ética sanitaria, diferencias entre muerte digna, eutanasia y suicidio asistido. España, 2015, Disponible en sitio web: <http://www.lne.es/sociedad-cultura/2015/10/06/diferencias-hay-muerte-digna-eutanasia/1823122.html> fecha de consulta: 03/10/2016

medicamentos, la prescripción o el suministro de los mismos. Es el paciente, en este caso, el que voluntariamente termina con su vida”.⁶¹

Con las definiciones antes mencionadas de la eutanasia y el suicidio asistido, es importante hacer mención que estas dos figuras pueden llegar a generar una confusión relacionado con una “muerte digna”, y debido a esa razón, se abarcará de una manera sencilla pero clara distinción entre las tres figuras antes mencionadas. De manera concisa, la muerte digna según la página web La Nueva España “Se basa en la libertad del paciente – o la de sus familiares, tutores o representantes legales si el enfermo está imposibilitado – de proclamar la decisión de cesar la obstinación terapéutica si no hay posibilidades reales de recuperación”.⁶² En España este concepto está regulado a través de la Ley de Autonomía del Paciente de 2002.

La relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000, radica en que los Estados que lo han suscrito, se comprometen a proteger al ser humano en todo aspecto, incluyendo su identidad y dignidad sin ningún tipo de discriminación, respetando la integridad, derechos y libertades inherentes a toda persona en relación de la aplicación de la biología y la medicina.

Según la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41-2002) emitida en España, se estipula que “Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para

⁶¹ El Mundo, Isabel. F. Lantigua, Eutanasia, suicidio asistido, muerte digna ¿cuál es la diferencia? España, 2015, disponible en sitio web: <http://www.elmundo.es/sociedad/2015/10/01/560d2c93ca4741da2a8b4579.html> fecha de consulta: 12/03/2016

⁶² La nueva España, Ética sanitaria, diferencias entre muerte digna, eutanasia y suicidio asistido. España, 2015, Disponible en sitio web: <http://www.lne.es/sociedad-cultura/2015/10/06/diferencias-hay-muerte-digna-eutanasia/1823122.html> fecha de consulta: 03/10/2016

la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina”.⁶³

La ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41-2002) aclara que “El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes”.⁶⁴

La Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica menciona “La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión”.⁶⁵

Establece la ley citada que “En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional

⁶³ Rey Juan Carlos I, Ley 41-2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

⁶⁴ *Loc. Cit.*

⁶⁵ *Loc. Cit.*

para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones”.⁶⁶

También hace alusión la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en lo referente a que “Médico responsable es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.⁶⁷

Por otro lado, la ley Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica de España, que “Consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.⁶⁸

Hay que destacar que la autonomía de la voluntad lo es todo en cuanto al ámbito de la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido, ya que por medio de ésta, el paciente conscientemente de la decisión que ha tomado establece un derecho a su favor, y un deber por parte del médico. Por otra parte, es una manera de respetar la dignidad del paciente, ya que el consentimiento informado proporciona al profesional de la medicina las preferencias en cuanto a los cuidados médicos.

Para tener un panorama distinto al que proponen los párrafos anteriores, el autor Breur indica que “Es un tipo de ayuda muy concreta que el médico o un enfermero autorizado por éste, presta a pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad incurable. Se trata de pacientes que carecen de toda perspectiva de mejoramiento; es más, se saben ya en una fase terminal que puede extenderse por semanas o meses. (En

⁶⁶ *Loc cit.*

⁶⁷ *Loc Cit*

⁶⁸ *Loc Cit.*

casos muy raros podría tratarse de pacientes con una enfermedad grave e incurable, y con una probabilidad más o menos importante de que esa fase terminal pueda extenderse más allá de los seis meses)".⁶⁹

Sigue expresando Breur que "El suicidio asistido por un médico no es, por tanto, un recurso con que cuentan jóvenes o viejos que se han "cansado de la vida". Confundir una cosa con otra puede ser contraproducente para la campaña que realizan las asociaciones laicas en miras a la legalización del suicidio asistido para enfermos terminales".⁷⁰

Continúa Breur refiriéndose a que "Otra condición central del suicidio asistido es que el paciente sea consciente de su estado y se halle informado (sepa qué enfermedad padece, cuál es su diagnóstico y cuáles son las terapias a que se lo somete). En este sentido, el paciente debe expresar voluntaria y repetidamente su intención de terminar con su vida, abreviando así la duración de una existencia que se le ha vuelto insoportable, no sólo por los sufrimientos físicos que padece sino también por la angustia de verse reducido a un estado que considera indigno o alienante".⁷¹

En este sentido es de primordial importancia que el paciente se halle informado detalladamente de todo el diagnóstico realizado, ya que de esa manera comprenderá más a fondo de los padecimientos que sufre, así como de sus consecuencias, evoluciones, dolencias y demás situaciones en las que se pueda ver debido al desarrollo de la enfermedad a la que se encuentra sujeto.

Hace referencia Breur a lo siguiente "Piénsese, por ejemplo, en el caso de pacientes que padecen de un cáncer terminal, en que el dolor desgarrador sólo puede calmarse con altas dosis de morfina que terminan mellando las facultades cognitivas del propio paciente. O pacientes que sufren de una distrofia muscular que progresivamente les imposibilita realizar las acciones más simples como respirar, agobiados no solamente

⁶⁹ Notas de un diario filosófico, Marcos Breur, Suicidio asistido: hacia una definición precisa, España, 2013, disponible en sitio web: <https://marcosbreuer.wordpress.com/2013/03/29/suicidio-asistido-hacia-una-definicion-precisa/> fecha de consulta: 03/11/2016

⁷⁰ *Loc. Cit.*

⁷¹ *Loc. Cit.*

por el malestar, sino por una existencia que se les ha vuelto una carga, incluso una afrenta a su dignidad. El suicidio, es este caso, no hace sino acelerar la llegada de una muerte que de todos modos sobrevendría en un breve plazo, ahorrándole así al paciente adicionales sufrimientos físicos y morales sin sentido”.⁷²

En todos estos casos, estipula Breur, “Se habla de suicidio asistido por un médico porque es este quien, tras consultar con al menos otro colega sobre el estado físico y mental del paciente y de evaluar conjuntamente las probabilidades de mejora, suministra al paciente los medios para finalizar con su vida. En algunos casos, el paciente debe solamente llevar a su boca una pastilla que le entrega el médico en la mano. En otros, debe solo apretar reiteradamente la tecla de una computadora para así disparar un mecanismo que termina por inyectarle la sustancia letal (pentobarbital)”.⁷³

Breur, insiste “En la necesidad de tener bien en claro cuáles son las condiciones precisas que hacen éticamente justificable el suicidio asistido por el médico en el caso de pacientes en estado terminal. De lo contrario se entorpece un debate ya de por sí complicado: el debate público sobre la despenalización y legalización de la eutanasia”.⁷⁴

De lo anteriormente expuesto, acuerda Breur que surge la duda que se encuentra ligada a esta toma de decisión: “¿Es racional suicidarse por otros motivos, por ejemplo, porque se ha perdido la fortuna, la familia y las amistades, la juventud, el sentido de la vida? Es difícil dar una respuesta que valga para todos los casos. Probablemente no se puede responder con un sí o un no absolutos. Seguramente hay personas que han sufrido traumas psicológicos, para las cuales sea muy difícil seguir existiendo. En todos los otros casos tiendo a pensar que existen opciones mejores que el suicidio. Una crisis personal, por dura que fuese, no siempre es una razón suficiente para quitarse la vida, aunque probablemente no se pueda salir de ese estado de depresión o frustración sin un cambio radical en la manera de entender la vida”.⁷⁵

⁷² *Loc. Cit*

⁷³ *Loc Cit*

⁷⁴ *Loc. Cit*

⁷⁵ *Loc. Cit*

Es necesario hacer énfasis en cuanto a tener un panorama claro bajo las cuales se hace precisa, tanto ética como justificable, el suicidio asistido por el médico en relación a los casos con pacientes que se encuentran en estado terminal, lo cual se abordará más adelante en la presente investigación.

2.2 Análisis doctrinal del suicidio asistido

Albuquerque señala que “La verdadera encrucijada en cuanto al tema de la eutanasia y el suicidio asistido, es que si la vida vale o no vale la pena ser vivida, ya que es complicado llegar a entender el extremo en el cual una persona pierda la percepción de su propia vida como una valor humano. “La palabra suicidio procede del latín *sui* (de sí mismo) y de *caedere* (matar). Etimológicamente significa, pues, matarse a sí mismo, atentar contra la propia vida”.⁷⁶

Según el autor anteriormente citado, se define como suicidio a “toda muerte que resulte directa o indirectamente de un gesto positivo o negativo, realizado por la víctima misma y con conciencia de llegar a tal resultado”.⁷⁷

Expresa Albuquerque, que “Se distinguen tres tipos de suicidio: egoísta, altruista y anómico, entendiendo al primero como aquel que se produce por el debilitamiento en las relaciones entre el individuo y la sociedad; el segundo, es la organización social quien reduce la libertad del individuo, de manera que es el contexto social el que lo empuja y le impone el suicidio. Se trata de un altruismo obligatorio. Y por último, el anómico, es el que sucede como consecuencia del quebrantamiento de las pautas y las leyes impuestas por la sociedad”.⁷⁸

Albuquerque señala: “El más frecuente es el suicidio psicótico. Sucede en el curso de una psicosis. Tales son, por ejemplo, los suicidios en los que la persona se siente radicalmente frustrada, sufre una fuerte depresión y no se siente con fuerzas para asumir la existencia”.⁷⁹

⁷⁶ Albuquerque, Eugenio, “Bioética: una puesta por la vida” España, Ed. CCS Alcalá, 2006, 5ta edición, pp.223

⁷⁷ *Ibid.*224

⁷⁸ *Loc. Cit.*

⁷⁹ *Loc. Cit*

Respecto a lo acotado por el autor anteriormente aludido, se puede observar una apreciación en cuanto al sentido de la vida y el valor que cada individuo le otorga a la misma, dependiendo de varias circunstancias y factores que se han mencionado. Y de una manera puntual, se puede estructurar una definición de suicidio, la cual puede considerarse como un acto a través del cual una persona se quita la vida intencionadamente, siendo como resultado final, víctima de su propio acto.

Para Gispert Cruells, “El suicidio asistido corresponde a la categoría legal, ética y moral de la eutanasia; es una variante de ella, en la cual el médico u otro asistente colabora en la preparación técnica, pero sin participar directamente en la acción final”.⁸⁰

Gispert Cruells, dentro de su obra, expresa que “El Doctor Jack Kevorkian llamado por unos como el ángel de la muerte y por otros como la máquina del suicidio, se hizo famoso en el estado de Michigan EUA donde la eutanasia liberadora está prohibida; sin embargo, realizó más de 130 suicidios asistidos reconocidos, y, a pesar de ser procesado, nunca tuvo penalización por no tener participación directa y no haber acusadores. Solamente preparaba todos los detalles para auto aplicación o suicidio voluntario del solicitante. Kevorkian había ideado y puesto en práctica un método por el cual insertaba una solución fisiológica y el paciente activaba la solución con barbitúrico y le seguía una con cloruro de potasio, que paralizaba el corazón en sístole, sistema llamado Thanatron”.⁸¹

Continúa Gispert Cruells con que “El paciente muere de paro cardiaco mientras duerme profundamente. Sin embargo, en 1999 fue sentenciado con 10 a 25 años de cárcel por asesinato en segundo grado después de mostrar por televisión nacional un video de muerte por aplicación de inyección letal a thomas youk. En 1994 en el estado de Oregon EUA, se aprueba legalmente esta actividad al amparo del concepto de muerte digna y el suicidio medicamente asistido, con gran oposición, pero sin mayoría, de grupos moralistas (religión católica y protestante) y de la American Medical Association (AMA)”.⁸²

⁸⁰ Gispert Cruells, Jorge, *Conceptos de bioética y responsabilidad médica*, México, Ed. El manual moderno, 2001, 2da edición, pp. 149

⁸¹ *Loc. Cit*

⁸² *Loc. Cit*

Señala Gispert Cruells que “El suicidio asistido es solicitado por los pacientes agónicos con grave sufrimiento mental, más bien, que físico (generalmente atenuado con calmantes), que teme hasta la desesperación el advenimiento de la muerte inminente y no soporta la idea de pasar solo sin ayuda o acompañamiento, ese último paso definitivo; considera haber perdido el control de sus actos y no sabe cómo resolver la situación y demanda ayuda. Tampoco tiene fuerza de voluntad suficiente para poner por mano propia fin a su precaria existencia. Los que exigen estos procedimientos constituyen la mínima parte de los pacientes agónicos conscientes”.⁸³

Ya habiendo hecho mención al suicidio propiamente dicho, se puede desligar otra variante del mismo, la cual vendría siendo, según Gispert Cruells, el llamado suicidio asistido.

Ahora bien, Vélez Correa dice que “En el campo de la ética médica, se llama suicidio asistido cuando el medico ayuda a que el paciente se suicide con el fin de evitarse sufrimiento y dolor”.⁸⁴

Vélez Correa en su obra escribe que “Basados en la autonomía que la persona tiene, puede afirmarse que el suicidio es permitido, siempre y cuando se haga con pleno consentimiento y libertad. El problema surge porque por lo general, un paciente con enfermedad severa o invalidante puede sufrir una depresión que le merme su capacidad de libre decisión”.⁸⁵

En cuanto a este tema, según a criterio del autor Vélez Correa, es permitido y valido el suicidio asistido cuando concurren ciertos factores, como el consentimiento y la libertad de decisión del paciente que padece de una enfermedad terminal, pero es importante aclarar que en Guatemala, de acuerdo al Código Penal Decreto No. 17-73, la inducción o ayuda al suicidio es ilegal y se encuentra castigada con pena de prisión, tema del cual se hará un análisis respectivo en la presente investigación.

⁸³ *Ibid.* Pág 151.

⁸⁴ Correa Vélez, “*Etica medica, interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*” Colombia, Ed. Corporación para investigaciones biológicas, 2003, 3ra edición, pp. 224.

⁸⁵ *Loc. Cit.*

Bonete Perales refiere que “Defender una muerte digna implica en nuestro contexto cultural convertir en derecho el disponer libremente del momento final de nuestra existencia. Lo cual significa, principalmente, reivindicar dos tipos de comportamientos que suscitan interminables debates: el suicidio asistido, por un lado, y la eutanasia (más tarde delimitaré tan ambiguo concepto) por otro. Conviene distinguir ambos procesos de morir. Están presentes matices que no se han de olvidar a la hora de valorar éticamente los comportamientos desarrollados en tan dramáticas circunstancias”.⁸⁶

Bonete Perales menciona que “El auxilio médico al suicidio podría ser definido en estos términos: el personal sanitario ha de contribuir con sus conocimientos a que el enfermo terminal o quien padece insoportables dolores físicos y sufrimientos psíquicos, que ha decidido poner fin a su propia vida, lleve a término su voluntad de suicidarse a fin de evitar los últimos tramos de la enfermedad o proceso degenerativo”.⁸⁷

La manera en que opera el suicidio asistido, a criterio de Enrique Bonete Perales, se puede interpretar de la siguiente manera: “El cómo (por ejemplo, una receta de barbitúricos) es decidido por el médico o personal sanitario, en función del tipo de enfermedad que se esté padeciendo y otros factores relevantes, mientras que el paciente, suponiendo siempre que está física y mentalmente capacitado, decidirá el cuándo y qué tipo de circunstancias son las mejores para controlar personalmente el final de su existencia”.⁸⁸

Para hacer una indicación, se conoce como barbitúricos a los fármacos y químicos que son empleados como sedantes y depresores del sistema nervioso central.

De esta manera, señala Bonete Perales que “El suicidio asistido, en principio, revela una capacidad de autodeterminación por parte del propio enfermo: él decide cuándo es mejor morir que vivir, y pone en acto tal decisión, de forma que asume personalmente (o al menos ese es su propósito) toda la carga de responsabilidad, procurando no inmiscuir a

⁸⁶ Bonete Perales, Enrique, *“¿libres para morir?, en torno a la tanato-ética”*, España, Ed. Desclée de Brouwer, 2004, pp. 151

⁸⁷ *Loc. Cit.*

⁸⁸ *Loc. Cit.*

otros (personal sanitario o familiares) en su comportamiento. Pretende evitarles así algún tipo de condena legal o moral”.⁸⁹

Continúa expresándose Bonete Perales “Es verdad que sin la ayuda médica sería ciertamente difícil llevar a término la decisión de suicidarse de forma tranquila e indolora. Si en algunos casos los enfermos han puesto fin a sus días y dolores de un modo brusco, violento y desesperado, se supone que la reivindicación de una ‘muerte digna’, en este contexto, no se refiere sólo al hecho de la autodeterminación de suicidarse, sino también al modo de llevar a término tal decisión: de forma decorosa, silenciosa, en compañía de la familia si es posible, sin impactos dolorosos ni tormentos alarmantes”.⁹⁰

De esta forma es como el suicidio asistido se diferencia de la eutanasia, puesto que el primero conlleva la acción por parte del sujeto que al mismo tiempo es la víctima de su propio acto, con el objetivo de poner fin de una manera pacífica y sosegada a los innumerables sufrimientos que padece producto de la enfermedad que padece, poniendo de esa manera, al médico tratante, al margen de la decisión. Mientras que en el segundo, el profesional de la medicina es quien se ve involucrado en propiciarle directamente la muerte a la persona.

A continuación Bonete Perales indica que “Se expondrán algunos de los criterios que han sido manejados por parte de diversos autores, a fin de hacer del suicidio asistido un comportamiento justificable moralmente: 1) La necesidad por los enfermos realmente incurables, aunque estén siendo tratados sus dolores físicos y sufrimientos psíquicos de modo acertado. 2) No debe ser utilizado el auxilio al suicidio como sustitución de los cuidados paliativos. 3) El médico y el enfermo han de contar con una prolongada relación a fin de que haya sido posible tanto el buen conocimiento de la enfermedad como la situación mental y moral del enfermo”.⁹¹

La obra del autor en mención continua con “4) Se ha de consultar siempre a otro médico para que sea mayor la garantía de que la enfermedad es incurable y de que el enfermo

⁸⁹ *Loc. Cit.*

⁹⁰ *Ibid.* Pág. 152.

⁹¹ *Loc. Cit.*

no está sumido en una depresión que le impide capacidad de autonomía. 5) Es recomendable, aunque no imprescindible, que la familia sea consultada y, a ser posible, que apruebe la decisión irreversible del paciente. 6) No se ha de abandonar al enfermo en tan crítica situación, es del todo necesario la presencia del médico en el momento en el que el enfermo en cuestión se tome la medicación o la dosis letal para concluir sus dolores y sufrimientos. 7) Se ha de señalar también que ningún médico puede ser obligado por el paciente o por otra instancia (familia, amigos, personal sanitario, responsables hospitalarios) a ayudar al suicidio, es decir, a prescribir e informar de las medicinas o las dosis necesarias para facilitarle al enfermo acabar con su vida”.⁹²

De manera puntual se exponen los criterios tomados en cuenta por diversos autores con la finalidad de darle un justificante moral a tal acto, dentro de los cuales los más importantes pueden llegar a ser que más de un médico analice el caso del paciente con el fin de obtener otra perspectiva médica y así explorar todas las posibilidades y dar certeza de que se trata de una enfermedad terminal, y por otro lado, el valor sumamente adecuado y acertado que se le otorga a los médicos en cuanto a que pueden o no aceptar la solicitud del paciente de acabar con su vida.

Bonete Perales señala que “La mayoría de estos criterios son expuestos por los doctores Quill, Cassel y Meier, quienes defienden la tesis de que ‘uno de los más importantes objetivos de la medicina es conseguir que las personas enfermas sin esperanza de cura puedan morir con tanta comodidad, control y dignidad como les sea posible’, para lo cual será del todo necesario desarrollar los cuidados paliativos que, como se apuntará más adelante, constituyen una de las formas más reales de lo que puede significar hoy ‘morir con dignidad’. Sin embargo, son también conscientes los médicos citados de que en determinados casos tales cuidados no evitan grandes sufrimientos a los enfermos terminales. Y partiendo de estos casos excepcionales y trágicos, aseveran que ‘cuando un enfermo incurable pide que se le ayude a morir de este modo, creemos que los médicos tienen la obligación de investigar la petición a fondo y, en determinadas

⁹² *Loc. Cit*

circunstancias, considerar cuidadosamente el hacer una excepción a la prohibición de ayudar a morir”⁹³.

De lo anterior, hace alusión Bonete Perales que “Es claro el vínculo de la justificación moral del suicidio asistido con el fundamento condicionado de la dignidad de la persona, es decir, con la posición ética de aquellos pensadores que conciben el significado de ‘ser persona’ dependiendo de determinadas capacidades morales o intelectuales que, cuando se pierden o no se alcanzan se mengua no sólo la calidad de vida, sino también el grado de dignidad del sujeto que continúa viviendo”⁹⁴.

Concreta Bonete Perales al decir que “Teniendo en cuenta las dimensiones apuntadas del suicidio asistido, no es extraño que sea hoy valorado socialmente como una de las formas de morir más dignas. El papel que desempeña el paciente en cuestión es sumamente activo, consciente, responsable. El médico, por su parte, al facilitar los medios farmacológicos o técnicos necesarios para el suicidio, está reconociendo que la situación del enfermo es sumamente grave, irreversible, dolorosa, ‘indigna’. Sin embargo, no es el personal sanitario quien realiza el último acto que acaba con la vida de un ser humano. Se supone que los médicos sólo facilitan la llave para ‘salir por la puerta’, y es el paciente autónomo quien, de acuerdo con sus circunstancias familiares o personales, ha de actuar directamente contra su vida y persona”⁹⁵.

2.3 Método de aplicación del suicidio asistido

Según la institución periodismo central “Jack Kevorkian es uno de los médicos que ha causado mayor polémica en el mundo debido a que es conocido por ponerle fin a la vida de pacientes con enfermedades terminales a través del suicidio asistido. Con frecuencia es citado con su frase: "Morir no es un crimen." Se dice que permitió que 130 o más de sus pacientes murieran con su ayuda. Kevorkian creó sus propias máquinas de eutanasia que le permitían a sus pacientes morir de dos maneras. El primero fue el Thanatron, máquina que utiliza una vía intravenosa para inyectar al paciente con una solución salina

⁹³ *Ibid*, Pág. 153

⁹⁴ *Ibid*. Pág. 154.

⁹⁵ *Loc. Cit.*

de tiopental, sodio y cloruro de potasio. También utilizó la Mercitron, que involucra una máscara de gas que utiliza el monóxido de carbono”.⁹⁶

La frase propiciada por el doctor Jack Kevorkian, “morir no es un crimen”, es muy acertada, puesto que toda persona es libre de tomar dicha decisión, y a nadie más le corresponde tal disposición y menos bajo situaciones en donde la persona afectada se ve implicada en sufrimientos innecesarios, puesto que lo único seguro para toda la humanidad con el nacimiento es que eventualmente llegará el día en que la vida tendrá su fin, y lo que toda persona desea y anhela es morir rápido y sin dolor.

Merchán Price expone que “Si fuera el médico el llamado a realizar el acto eutanásico o la asistencia al suicidio, entonces encontraría las siguientes situaciones clínicas: 1. Paciente consciente que quiere asistencia para el suicidio (y que muere como consecuencia del acto suicida y no como consecuencia de su enfermedad). 2. Paciente consciente que quiere que lo maten (y que muere como consecuencia del acto homicida y no como consecuencia de su enfermedad). 3. Paciente consciente que rechaza cualquier tratamiento (y que muere como consecuencia directa de su enfermedad)”.⁹⁷

Continúa explicando Merchán Price las situaciones anteriores prosiguiendo con “4. Paciente inconsciente con consentimiento firmado previo a su estado de inconsciencia, en el que estipula su voluntad de que lo maten o de que le suspendan cualquier medida terapéutica que haya sido instaurada, con la intención de morir como consecuencia de ello. 5. Paciente inconsciente sin consentimiento firmado previo a su estado de inconsciencia, en el que terceras personas solicitan que lo maten o que se le suspendan las medidas terapéuticas ya instauradas con la intención de que el paciente muera como consecuencia de ello”.⁹⁸

Afirma de igual manera Merchán Price que “Además de las reflexiones mencionadas en la parte introductoria de este escrito, los médicos no matan a sus pacientes: 1. Porque

⁹⁶ Periodismo irreverente, periodismo central, estos son los 10 doctores mas macabros del mundo, México, 2015, disponible en sitio web: <http://www.periodicocentral.mx/2014/absurdos/estos-son-los-10-doctores-mas-macabros-del-mundo> fecha de consulta 12/03/2016.

⁹⁷ Merchán Price, Jorge, *La eutanasia no es un acto médico*, Colombia, Ed. D- Universidad de la Sabana. 2009, Pág.46.

⁹⁸ *Loc. Cit.*

la acción de matar no es un acto médico terapéutico. No establece la salud y tampoco preserva la vida. La única forma de entender la acción de matar como un acto “terapéutico” es considerando al enfermo no como lo que es, un enfermo, sino como una enfermedad. En ese caso la acción “terapéutica” de matar se constituye en una acción de limpieza social eugenésica y eso simplemente no es aceptable para el médico. 2. Porque según la Asociación Médica Mundial (AMM), “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”.⁹⁹

Prosigue Merchán Price “3. Porque la acción médica decente (entendido aquí “decente” como aquello que es consecuente con su misión) no se puede politizar. La acción médica decente debe siempre y en toda circunstancia permanecer neutral y fiel a su misión de preservar la salud y la vida de los pacientes. La Ley 23 de 1981, en su artículo segundo, dice claramente con respecto del juramento médico: “espontáneamente y bajo su palabra de honor”, jura “hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, raza, rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre los servicios profesional y el paciente”.¹⁰⁰

Señala Merchán Price que “4. La razón de ser del médico es el respeto por la vida biológica humana. Por eso reza también en el juramento aprobado por la convención de Ginebra que el médico promete ‘velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear los conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Y sin duda, matar es una contradicción a esas leyes. 5. Porque el médico defiende la vida, no como derecho, sino como valor. Defender la vida como derecho es un deber del Estado y no un deber primario del médico”.¹⁰¹

Como se puede observar, todo acto médico deliberado con el objeto de ponerle fin a la vida de un paciente, atenta contra la dignidad de la persona afectada, puesto que no se cumple con el fin de tratar a la persona y erradicar la enfermedad, sino más bien como

⁹⁹ *Ibid.* Pág. 47.

¹⁰⁰ *Loc. Cit.*

¹⁰¹ *Ibid.* Pág. 48.

una acción por la cual se ve al individuo terminal como una carga, la cual debe de ser suprimida, lo que ocasiona un atentado contra los principios éticos de la medicina.

Puntualmente expresa Merchán Price que “Así, aunque si bien puede ser cierto que un ciudadano renuncia libremente a su derecho fundamental a la vida, el Estado no tiene entonces la obligación de protegerlo, el médico no puede hacer lo mismo. Y no puede hacerlo porque su paciente no es la “persona”, entendida ésta como titular de derechos, sino que lo es, como un individuo “vivo”. Por esa razón, el médico tampoco pueda validar abortos”.¹⁰²

2.4 Análisis del rechazo general de la comunidad médica al suicidio asistido por atender contra el derecho a la vida

En general, las organizaciones médicas se oponen a la práctica del suicidio asistido puesto que tal acto involucra un atentado contra el derecho que toda persona posee por el simple hecho de ser humano, y el derecho a que se hace referencia es el derecho a la vida.

Montes enuncia que “Tradicionalmente, la medicina ha fundamentado su ética en la doctrina hipocrática contenida en los principios del famoso Juramento Hipocrático que pueden condensarse en dos: el principio de beneficencia u obligación de hacer el bien que era aplicable tanto a los compañeros de profesión, especialmente al maestro que había transmitido el arte y a sus descendientes, como al enfermo. Todas las actuaciones del médico debían estar guiadas por el mejor interés del paciente. Dentro de la tradición cristiana en que se da el ejercicio médico en occidente, la vida era considerada un don divino de naturaleza indisponible y, como tal, al médico no le estaba permitido no ya provocar la muerte, aunque la pidiera el paciente, sino tampoco permitir que ocurriera”.¹⁰³

Continúa Montes señalando que “El otro principio hipocrático es el llamado de no maleficencia (*primum non nocere*) que obliga a evitar todo perjuicio al paciente. En virtud de este principio, el médico debía abstenerse de cualquier actuación que pudiera

¹⁰² *Loc. Cit.*

¹⁰³ Montes Luis, Fernando Martín, “qué hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya exigencia de una muerte digna”, España, Ed. Ediciones Akal, 2012, pp. 18.

empeorar la situación de su paciente. No es necesario insistir en que, siendo la vida el bien supremo para la moral hipocrática, su contrario, la muerte, era el mal a evitar por encima de todo. En la práctica hipocrática, el enfermo era el único implicado irrelevante en la toma de decisiones”.¹⁰⁴

Bajo estos dos principios, Montes evidencia que el juramento Hipocrático desliga ciertos parámetros que deben de llegar a emplearse en la práctica médica profesional, ya que ante toda situación se debe velar por el interés mayor del paciente, el cual es la vida, y así abstenerse de emplear cualquier medio que llegare a perjudicar su estado de salud.

A lo anterior, Montes agrega que “Su inferioridad respecto al médico se debía no sólo a su ignorancia de la ciencia médica sino a la moral, pues la enfermedad era considerada popularmente un castigo de la divinidad por algún pecado del enfermo o su linaje. Las decisiones competían al médico, no sólo porque conocía la ciencia sino, sobre todo, porque tenía una cualidad moral elevada –su Juramento– que le convertían en una especie de colaborador cuasi representante de dios. El empeño por evitar la muerte en el transcurso de los siglos llegó a convertirse en el objetivo fundamental, en la razón de ser de la medicina”.¹⁰⁵

Por otra parte señala Montes que “El médico debe, pertrechado de conocimientos científicos y técnicos, emplearse en curar las enfermedades y especialmente en evitar las muertes evitables y prematuras. Pero además debe saber que su razón de ser es el paciente, el ser humano enfermo, y que esa razón de ser persiste cuando la enfermedad resulta ser incurable y, más aún, cuando la muerte se hace próxima. Por decirlo sencillamente: la lucha por preservar la vida no puede estar por encima del ser humano enfermo, ni la voluntad del sanador por encima de la del enfermo”.¹⁰⁶

No obstante lo anterior, Montes indica que “Cuando la enfermedad no tiene solución y lleva indefectiblemente a la muerte cobra más importancia aún el cuidado. En este contexto ético resulta plenamente comprensible la ayuda profesional para obtener la muerte cuando la vida ya no es un bien para el paciente; el único, por cierto, que puede

¹⁰⁴ *Loc. Cit*

¹⁰⁵ *Loc. Cit.*

¹⁰⁶ *Ibid.* Pág.19.

juzgar el valor de su propia vida. Es precisamente desde una concepción del ejercicio médico volcado en el paciente, en el ser humano enfermo, como se comprende la participación del médico en una muerte solicitada”.¹⁰⁷

2.5 Situaciones en las que generalmente se aplica el suicidio asistido

2.5.1 Enfermedades terminales

2.5.1.a. Definición

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad española de cuidados paliativos SECPAL), “Enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente”.¹⁰⁸

Mengual, dentro del artículo antes citado señala que “En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es el curar sino el de cuidar al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. Con esta finalidad surgió una nueva forma de atención médica integral que se denomina cuidados paliativos”.¹⁰⁹

Mengual y Torres agregan que “Los cuidados paliativos inicialmente se desarrollaron en Inglaterra como filosofía hospice, y en 1990 la OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.¹¹⁰

¹⁰⁷ *Loc. Cit.*

¹⁰⁸ Cansillería de Sanidad universal y salud pública, Buigues Mengual, Francisco, Jordi Torres Pérez. Paciente terminal, España, 2010, disponible en sitio web: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf> fecha de consulta 12/03/2016

¹⁰⁹ *Loc. Cit.*

¹¹⁰ *Loc. Cit.*

Bajo la llamada filosofía Hospice, la cual abarca los cuidados competentes y compasivos para las personas con enfermedades terminales, se pretende dar un cuidado compasivo e intensivo a los pacientes con enfermedades terminales, para que de esa manera se logre una calidad de vida relativamente buena sin provocar anticipadamente la muerte de la persona, lo cual es lo que se trata de evitar bajo los llamados cuidados paliativos.

CAPITULO 3

La dignidad humana y las perspectivas doctrinales sobre la eutanasia y el suicidio asistido

3.1 Definición

Al abordar el tema de la eutanasia y el suicidio asistido, se debe de tomar en cuenta la dignidad humana para determinar las posturas sobre las cuales se inclina el derecho de toda persona que tiene de decidir cuándo terminar con su vida en situaciones en las cuales padece de alguna enfermedad terminal. Es por ello que éste apartado de la investigación se referirá a la misma como determinante en dilucidar tan controversiales temas.

En lo que respecta a la dignidad humana, Vidal argumenta que “La dignidad propia del hombre es un valor singular que fácilmente puede reconocerse. Lo podemos descubrir en nosotros o podemos verlo en los demás. Pero ni podemos otorgarlo ni está en nuestra mano retirárselo a alguien. Es algo que nos viene dado. Es anterior a nuestra voluntad y reclama de nosotros una actitud proporcionada, adecuada: reconocerlo y aceptarlo como un valor supremo (actitud de respeto) o bien ignorarlo o rechazarlo. Este valor singular que es la dignidad humana se nos presenta como una llamada al respeto incondicionado y absoluto. Un respeto que, como se ha dicho, debe extenderse a todos los que lo poseen: a todos los seres humanos”.¹¹¹

Agrega Vidal que “Aún cuando algunos fueran relegados a un trato indigno, perseguidos, encerrados en campos de concentración o eliminados, este desprecio no cambiaría en nada su valor inconmensurable en tanto que son seres humanos. Por su misma naturaleza, por la misma fuerza de pertenecer a la especie humana, por su particular potencial genético que la enfermedad sólo es capaz de esconder pero que resurgirá de nuevo si el individuo recibe la terapéutica oportuna, todo ser humano es en sí mismo digno y merecedor de respeto”.¹¹²

¹¹¹ Valores y principios. J. Vidal. La dignidad humana y sus implicaciones éticas. España, 2010, Disponible en sitio web: http://www.aceb.org/v_pp.htm fecha de consulta: 25/03/2016

¹¹² *Loc. Cit*

A lo que alude el autor, es que la dignidad humana es el valor supremo perteneciente a todo ser humano por el simple hecho de ser persona, ya que lleva consigo un relación estrecha con los demás valores, en cuanto a que por tener esa calidad se debe de tener el respeto debido de toda vida existente en el planeta y proporcionar todos los medios adecuados para perseverar la salud de los pacientes con una terapia correcta que impida que la enfermedad se agrave.

Por otra parte, Raul Bailleres indica que “La dignidad de la persona, da al ser humano el derecho fundamental de realizar su finalidad, su destino. Es el derecho de alcanzar su propia esencia. Alcanzar su propia esencia significa que el ser humano tiene derecho a perfeccionar su propio ser en los órdenes que lo constituyen: intelectual: estudiar, reflexionar, observar, analizar ; volitivo: elegir el bien que sea mejor para él; corporal: desarrollar habilidades manuales, etc”.¹¹³

Ahora bien, Bailleres enuncia que “Como ningún hombre puede perfeccionarse, desde que se está gestando en el vientre materno, a sí mismo, tiene derecho a que otras personas (sus padres, sus tutores) le vayan dando bienes que lo irán perfeccionando paulatinamente: derecho, en primer lugar, a que viva, a que se eduque, a que se alimente, se vista, juegue; hasta que llegue a la edad en que pueda valerse por sí mismo. Llegada esa edad, la persona sigue teniendo derechos que le permiten, ahora, vivir por sí mismo, dignamente: derecho a formar una familia, a un trabajo honesto y remunerado, a formar asociaciones lícitas, etc”.¹¹⁴

3.2 Naturaleza jurídica

En cuanto a su origen, el sitio web español denominado ‘Definición’ establece que “A simple vista, se advierte que el término dignidad posee dos significados bien diferenciados: uno de ellos denota la consecución de una serie de objetivos de carácter vital, dados los principios de cada sociedad; el otro es mucho más flexible, ya que hace

¹¹³ Biblioteca Itam, Raul Bailleres Jr, la dignidad de la persona como fundamento de los derechos humanos, México, 1995, disponible en sitio web: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras41/notas1/sec_14.html fecha de consulta 25/03/2016

¹¹⁴ *Loc. Cit*

referencia a ser merecedor de una posesión o del afecto o respeto de otra persona, entre otras cosas. En el primer caso, la acepción se encuentra enmarcada en ciertos condicionamientos de tipo social, lo cual hace que no todos los habitantes de un mismo país compartan su definición”.¹¹⁵

De lo anterior se puede desprender que el valor de la dignidad posee dos acepciones muy diferenciadas, la primera de ellas se refiere que el carácter propio que una sociedad le otorga, en sentido que no en todas las sociedades se le da la misma importancia y cuidado que merece, y la segunda establece que la dignidad se la gana cada persona, es decir, ostentar ser merecedor de dicho valor para ser respetado por otras personas.

En cuanto a su naturaleza, el sitio web ‘Definición’ advierte que “La dignidad está relacionada con la excelencia, la gravedad y el decoro de las personas en su manera de comportarse. Un sujeto que se comporta con dignidad es alguien de elevada moral, sentido ético y acciones honrosas. En su sentido más profundo, la dignidad es una cualidad humana que depende de la racionalidad y se refiere a la teoría que asegura que el ser humano está capacitado para cambiar su vida a partir del libre albedrío y del ejercicio de la libertad individual; en el mejor de los casos, este cambio se da para mejorar su situación. Según esta idea, la dignidad está vinculada a la autonomía y la autarquía del hombre que se gobierna a sí mismo con rectitud y honradez”.¹¹⁶

Murillo menciona que “El sentido de respeto hacia la persona humana y su dignidad ha adquirido especial relevancia en los últimos años, más concretamente, desde el desarrollo del Constitucionalismo Post guerra, a partir del cual se empezó a gestar la historia del reconocimiento y protección de los derechos fundamentales y la dignidad humana. Hoy en día, las Constituciones contemporáneas no sólo garantizan el respeto de la dignidad, sino que, además, la convierten en la base de sus ordenamientos jurídicos, siendo su defensa y protección fines esenciales de los Estados”.¹¹⁷

¹¹⁵ Definición, Definición de Dignidad, España, 2005, disponible en sitio web <http://definicion.de/dignidad/> fecha de consulta 25/03/2016

¹¹⁶ *Loc. Cit.*

¹¹⁷ Aprende en línea, Joaquín Mario Murillo, Naturaleza jurídica de la dignidad humana, Colombia, 2010, disponible en sitio web <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/red/.../1250> fecha de consulta 25/03/2016

Con el devastador resultado que se tuvo con la segunda guerra mundial, se empezaron a introducir nuevas doctrinas encaminadas a reconocer la gran importancia sobre la protección e interés de los derechos fundamentales con el fin de otorgarle una seguridad a la dignidad de las personas, con vista hacia su desarrollo integral.

Expone Murillo que “No obstante la innegable importancia de la dignidad, su delimitación y alcances jurídicos se han convertido en un problema constante que ha generado múltiples discusiones doctrinarias. Precisamente, uno de los grandes debates jurídicos gira en torno a su consideración como derecho fundamental o como principio constitucional”.¹¹⁸

Exterioriza Murillo que “La dignidad es un concepto que actualmente es objeto de discusiones, tanto doctrinarias como jurisprudenciales. Ello, en gran medida, se debe a que sus orígenes más remotos no corresponden al ámbito jurídico. En efecto, los primeros vestigios que aluden a la dignidad se encuentran en la filosofía. En tal sentido, resulta importante hacer referencia a las consideraciones trazadas en dicho ámbito, ya que ello permitirá abordar posteriormente, y de forma integral, su naturaleza jurídica”.¹¹⁹

Landa, fundamenta que “La naturaleza jurídica de la dignidad de la persona humana sólo se puede entender a cabalidad en el marco del constitucionalismo social, que es el modelo que la incorpora como principio/derecho, con un status no sólo negativo de la dignidad frente a las violaciones del Estado y de los agentes de la sociedad, sino que también la dignidad expresa un status positivo del ser humano, reconociendo que todas las personas tienen las mismas capacidades y posibilidades sociales de realizarse humanamente, para lo cual deben contar con la promoción y auxilio de los poderes públicos y privados”.¹²⁰

Con base en lo que transmite Landa, la dignidad humana se encuentra inmersa dentro de un marco algo difuso, ya que el problema radica en incorporar dicho valor desde dos

¹¹⁸ *Loc. Cit.*

¹¹⁹ *Loc. Cit.*

¹²⁰ Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales, César Landa, Voces en Derechos Humanos: Dignidad, España, 2011, disponible en sitio web http://diccionario.pradpi.org/inicio/index.php/terminos_pub/view/59 fecha de consulta 25/03/2016

aspectos: uno como principio, que llegaría a ser un tipo de proposición en el cual se fundamenta una norma determinada, y por otra parte, como un derecho reconocido que figuraría como un basamento legal el cual debe de ser respetado.

De acuerdo a Landa, “Bajo esta concepción, la finalidad de la sociedad y del Estado es la persona, que goza de la dignidad que hace a todo ser humano único e irrepetible. Pero no en un sentido individualista, sino social, en la medida que todos los seres vivimos en comunidad, más aún en América Latina, donde existen fuertes lazos solidarios desde el tiempo de los pueblos originarios. Por ello la dignidad humana hace que la persona no sea un medio ni instrumento del Estado ni de los particulares, sino a la inversa, que los poderes públicos y privados estén al servicio de la persona, porque la dignidad hace valioso por sí mismo al ser humano”.¹²¹

Conforme a la legislación guatemalteca, la finalidad del estado es la protección de la persona y de la familia, y su fin supremo es la realización del bien común. Y de acuerdo con ese precepto se entiende que el Estado protege desde un sentido individualista y social, siendo de esta manera un Estado garante de la vida humana.

Opina Landa que “Desde una perspectiva humanista la dignidad tiene como sujeto a la persona humana, tanto en su dimensión corporal como en su dimensión racional, que aseguran su sociabilidad, responsabilidad y trascendencia. Desde una perspectiva corporal la dignidad protege el soma de la persona humana en tanto titular del derecho a la VIDA en un sentido biológico o existencial, y se extiende diferenciadamente al *nasciturus*, cuanto más se acerque a ser persona. Ello otorga a la persona el derecho a gozar de una vida digna y, por el paralelismo de las formas jurídicas, a respetar el derecho a una muerte digna, en la medida que en el derecho los reconocimientos jurídicos se deshacen como se hacen, lo cual es materia de debate”.¹²²

Continúa Landa indicando que “No obstante que las normas jurídicas han incorporado la dignidad de la persona humana como un concepto jurídico abierto, el ejercicio legítimo

¹²¹ *Loc. Cit.*

¹²² *Loc. Cit.*

de esa libertad y autonomía plantea el dilema sobre si su alcance es absoluto o relativo. Desde una perspectiva axiológica, será absoluto si el contenido esencial de la dignidad prevalece siempre sobre otros derechos o bienes constitucionales con los cuales pueda presentarse un conflicto”.¹²³

Bajo ese enunciado se puede apreciar que al momento de confrontar la dignidad humana con los derechos fundamentales de la persona no debe existir un conflicto de intereses entre los mismo, ya que en casos determinados puede llegar a existir una tergiversación sobre los preceptos que uno considera morales y propios de cada persona con los derechos establecidos en ley.

Considera Landa que “Será relativo en la medida que no exista una jerarquía entre la dignidad y los demás bienes, a pesar de que aquella constituya la piedra basilar del Estado y la sociedad. En la medida que en circunstancias especiales como podría ser la libre voluntad de una persona en el marco de su dignidad- de rechazar una intervención médica necesaria pusiera en grave peligro su vida, no se perseguiría anular o restringir el contenido esencial de su dignidad, sino ponderarla razonablemente”.¹²⁴

3.3 El derecho a la vida y muerte digna

Taboada, hace alusión que “La idea que el hombre tiene del "derecho a morir con dignidad" ha dominado el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana. Muchos de los autores que abogan por el derecho a una "muerte digna", entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Se afirma, así, que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea”.¹²⁵

¹²³ *Loc Cit.*

¹²⁴ *Loc. Cit.*

¹²⁵ Scielo, Paulina Taboada, El derecho a morir con dignidad, Chile, 2000, disponible en sitio web http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007 fecha de consulta 25/03/2016.

Agrega Taboada que, existe una posible contraposición sobre la jerarquización de los preceptos morales con los derechos fundamentales de la persona, ya que en ciertas circunstancias la dignidad humana va de la mano con el concepto de la muerte digna, en sentido que toda persona tiene el derecho, libertad y autonomía de disponer de su vida en casos excepcionales como lo es una enfermedad terminal, así mismo “De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); y por lo tanto, negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia. La fuerza de esta línea de argumentación aumenta, en la medida en que el contacto con pacientes en situaciones límite nos lleva a comprender la problemática existencial que subyace a las solicitudes de eutanasia y asistencia al suicidio”.¹²⁶

Prosigue Taboada expresando que “De acuerdo con la tradición judeo-cristiana, el derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida. Sabemos que esta tradición rechaza recurrir a la eutanasia y al suicidio asistido. Ello implica que el significado que se atribuye al concepto “morir con dignidad” se distingue radicalmente del propuesto por los defensores de la eutanasia”.¹²⁷

Muestra Taboada que “En efecto, lo que aquí se entiende por “Derecho a una muerte digna” es el derecho a vivir (humanamente) la propia muerte. Esta afirmación lleva implícita la idea que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad. La muerte no podría ser considerada como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en nosotros y frente al cual permanecemos -por así decirlo- impotentes (acto del hombre), sino como un “acto humano”, es decir, como un acto en el que nuestra libertad podría intervenir en alguna medida”.¹²⁸

Dentro de este ámbito cabría lo que se conoce como el legítimo ejercicio de un derecho, y no en sentido por abogar sobre la decisión de las personas a tomar el camino de la muerte como una solución al problema, sino como la decisión que la persona puede tomar para rehusarse a ser sometido a tratamientos médicos que únicamente

¹²⁶ *Loc. Cit.*.

¹²⁷ *Loc. Cit*

¹²⁸ *Loc. Cit.*

prolongarían la agonía de las personas, ya que todo ello lleva inmerso el derecho de la libertad que toda persona posee por el simple hecho de ser humano.

Reding deduce que “La discusión del tema de la eutanasia no termina, pues las partes en disputa insisten en sus posiciones. Pero hay una diferencia, quienes están por la defensa de la vida son los más congruentes, al exigir el respeto a la misma hasta la muerte natural, no provocando su fin, sea por acción (como el suicidio asistido) o por omisión (como suspender la ayuda médica). Quienes están a favor de la eutanasia, alegan el derecho a terminar una vida humana cuando el paciente sufre grandes dolores, o hasta cuando simplemente ya no quiere vivir. Pero también están a favor de suspender la asistencia médica en cuanto a medicamentos o artefactos que suplen o complementan las funciones naturales del cuerpo, como la respiración o circulación sanguínea, si el paciente está en estado de coma o vegetativo”.¹²⁹

Pero recurren a un concepto extrañamente manejado: la dignidad de la muerte. Vivir (y morir) dignamente es hacerlo con respeto propio y ajeno a la persona humana. No es simplemente satisfacer las necesidades vitales, sino con libertad de expresión y para tomar las propias decisiones. Vivir bajo la humillación o la tiranía es vivir indignamente. Es de esta manera que Reding expresa lo siguiente: “Así, entender la dignidad en la vida como respeto a los derechos fundamentales del hombre es fácil pero ¿qué es la dignidad en la muerte? Este concepto se entiende fácilmente cuanto se enfrenta como alternativa a una forma indigna de vida. La muerte de un mártir, de un soldado en defensa de su patria, la muerte propia para salvar vidas ajenas, son casos auténticos de muerte digna, frente a la cobardía como vida indigna”.¹³⁰

Por otra parte, también indica Reding que “Los partidarios de la eutanasia no se refieren a ninguno de estos casos. Hablan del derecho a una muerte "digna" como una en la cual el enfermo deja de sufrir y, escuchando y leyendo sus argumentos, se extiende aún más a la muerte que evita el sufrimiento psicológico de otros, como es el caso de un enfermo en coma irreversible: ya no quieren verlo en ese estado. En estos casos, el concepto de

¹²⁹ Catholic.net, Salvador Reding, La dignidad en la muerte, España, 2009, disponible en sitio web: <http://es.catholic.net/op/articulos/20917/cat/291/la-dignidad-en-la-muerte.html> fecha de consulta 26/03/2016.

¹³⁰ *Loc. Cit.*

dignidad está torcido, sacado de su sentido original. El dolor propio o ajeno no es asunto de dignidad en cuando al enfermo se refiere. Podríamos hablar de trato digno o indigno de un sufriente por enfermedad incurable sólo por parte de quien lo atiende o se arroga el derecho de dejarlo sufrir, cuando se tiene el remedio medicinal para atenuarlo o evitarlo”.¹³¹

3.4 Dignidad humana como valor

En el ámbito de la dignidad humana, el Padre Antonio Gallo Armosino, en su libro ‘mis valores adultos’, “Presenta una propuesta que recupera toda la dignidad de la institución emocional, dejando a la persona su plena libertad para establecer un orden claro y racional de los valores. El reconocer de los valores y la variedad de su presencia en el mundo natural, es tarea de la razón surgida de entre los impulsos y cuestionamiento de las cosas”.¹³²

Según Gallo Armosino “El valor de la dignidad nace con la consciencia de la propia persona como ser ontológicamente existente. El espíritu, como dimensión intelectual de la consciencia, percibe el valor y se motiva con el mismo, integrado no solo con el rigor lógico de la persona, sino con la intelectualidad, con la consciencia de poder y con la voluntad libre”.¹³³

Es importante hacer énfasis en que la dignidad nace inmersa de toda persona desde su nacimiento, ya que ésta determina y moldea la estructura y desarrolla del individuo en lo relativo a su comportamiento y en la forma en desenvolverse en la sociedad.

Menciona Gallo Armosino que “Este valor no inventa un objeto, pero coordina las posibilidades esenciales de la construcción persona y de la conducta. Se convierte en el factor orientador de la vida afecta y del proceso deliberante, a nivel de la sociedad, es el corazón de una sociedad civil, organizada y pacífica. Los criterios de la elección no son

¹³¹ *Loc. Cit*

¹³² Gallo Armosino, Antonio, Mis valores Adultos, Guatemala, Ed. Cara Parens, 2012, pp. 3.

¹³³ *Loc. Cit.*

elementos físicos o casuales; sino aquellos que satisfacen y llenan la capacidad de realización más elevada; los que se dan como la gloria suprema de una vida”.¹³⁴

Así mismo agrega que “Por la dignidad, la honradez se establece en el doble sentido de ser merecedor de los honores y de recibir reconocimiento y homenaje por parte de los demás. Frecuentemente se ha hablado que el humano es de una realidad estática, que conduce a la rutina y al inmovilismo como de un orden inmutable”.¹³⁵

Es por ello que el autor citado expresa que el ser humano pertenece a una realidad inmóvil e incambiable, ya que la dignidad es un valor que en cualquier tiempo de la historia de la humanidad ha estado presente, pero es conforme el desarrollo de la sociedad que el mismo ha venido tomando mayor valor y permanencia en el mundo exterior.

Amanqui Chaiña añade que “La dignidad deriva del adjetivo latino, “dignus” que traducido al castellano significa “valioso”. Los constitucionalistas sostienen que ese es un derecho fundamental de la persona, mientras que para la iglesia la dignidad es inherente a la persona, ya que el hombre fue creado a imagen y semejanza de Dios. Por ello, la dignidad es un valor personal, pero también colectivo que no se negocia ni se vende. Es que la dignidad vale mucho más que el dinero o todas las riquezas materiales que pueda desear el ser humano. Hoy, en el siglo XXI donde se ha impuesto la globalización e impera el pragmatismo, es difícil hablar de dignidad como valor colectivo cuando está de moda el individualismo y egoísmo”.¹³⁶

Amanqui Chaiña señala que “En determinados momentos de nuestras vidas y en múltiples ocasiones nuestra dignidad es puesta a prueba. En esos instantes el ciudadano o los pueblos no pueden guardar silencio, evadir el problema y esconder la cabeza como el avestruz. Guardar silencio en coyunturas difíciles es sinónimo de complicidad y

¹³⁴ *Loc. Cit.*

¹³⁵ *Loc. Cit.*

¹³⁶ Oficina universitaria de relaciones públicas, Hugo Amanqui Achaiña, El valor de la dignidad y civismo Arequipeño, Perú, 2011, disponible en sitio web: <http://www.unsa.edu.pe/ofrpp/opinion/el-valor-de-la-dignidad-y-civismo-arequipeno/> fecha de consulta: 30/04/2016.

sumisión. Por lo tanto, cuando una persona o un pueblo no tienen principios ni valores colectivos, es presa fácil del oportunismo”.¹³⁷

Agrega Gallo Armosino que “En este sentido, la dignidad es motora de la historia personal y de comunidad, para lograr sus objetivos económicos y sociales; tiene como efecto la honradez, el reconocimiento por parte de la opinión pública y asegura la paz. La dignidad es también el punto originario de todos los derechos, sobre todo de los derechos humanos fundamentales. Por ella cualquiera ser humano tiene derecho a la vida, a la libre formación de la consciencia, a la libre expresión y al movimiento. No se trata de conocer la exigencia de su dignidad, lo que conduce a comprometerse para satisfacer tales exigencias con los medios jurídicos y las instituciones necesarias”.¹³⁸

A lo que alude Gallo Armosino, es que la dignidad se encuentra reconocida como un génesis de todos los derechos existentes, puesto que a raíz de ese valor es que se desprenden los demás valores que llevan consigo la adecuación de los derechos como una manera de proteger la vida humana y la integridad de la misma.

Gallo Armosino establece que “La dignidad no es un producto del derecho, sino fundamento, es el lugar de donde brota la normatividad, la de una razón humana objetivizada, que ocupa el nivel más profundo de la hermenéutica axiológica”.¹³⁹

Como se ha expresado en el desarrollo de la investigación, concretamente se menciona que la dignidad no es un valor o un precepto que nace de un derecho, ni tampoco una derivación de alguna norma, sino mas bien, posee la autonomía para subsistir por sí sola, por el hecho de ser algo inherente al ser humano como tal.

Completa Gallo Armosino que “La dignidad es el valor que nace en esta síntesis primigenia: no niega lo real pero afirma lo ideal; el valor nace con la dignidad del espíritu. El espíritu percibe su propio valor, con la inteligencia de sí mismo y del mundo. Nada puede motivar el valor más que el espíritu y solo ese valor posee la libertad para decidir la realidad. La dificultad de reconocer la dignidad se base en su momento genético: es

¹³⁷ *Loc. Cit.*

¹³⁸ Gallo Armosino, *op. Cit.* Pp. 21.

¹³⁹ *Loc. Cit.*

una realidad en la intersección y, además, una realidad en proceso por el dinamismo del impulso vital y del mundo. ¿De dónde nace la dignidad? De la consciencia racional de uno mismo; de la visión espiritual”.¹⁴⁰

Es evidente que lo que transmite Gallo Armosino, ya que la importancia que cada una de las personas le otorga a la dignidad no nace de ninguna norma o de algún derecho, sino del espíritu propio de cada uno de los individuos le concede.

Gallo Armosino articula que “El acto de dignidad es todo lo contrario a la aceptación pasiva o neutral de un acontecer; la dignidad personal es un valor que atrae y conquista, posee un dinamismo que seduce en lo positivo y repelo lo negativo. Incita a traducir en realidad lo positivo, dinamiza nuestra acción con el control del espíritu. Ese dinamismo de la dignidad como valor no se contenta con un acto de admiración, o al orgullo de sentirse coherente consigo mismo, es una fuerza que mueve al individuo y lo induce a la realización; es decir, a una decisión que lo conquista y lo hace propio”.¹⁴¹

El segundo valor considerado esencial para una persona humana según Gallo Armosino es la libertad. “Sin libertad el individuo percibe el límite exterior, obedece a los impulsos que limitan la acción, y la realización de sí mismo. Interviene en toda la actividad de la persona, como actos conscientes del ‘yo’. El ‘yo’ espiritual puede ser aprehendido como un organismo de capacidades, proporcionadas a las etapas de su desarrollo: en la infancia, en la juventud y en la madurez. El sujeto actúa según sus capacidades y conforme a su poder, determinado por estímulos motivos actuales”.¹⁴²

Lo anterior se refiere a que la misma autonomía de la voluntad de las personas produce las persuasiones necesarias para darle el nivel de atención que merece la dignidad humana, ya que a través de la libertad, los individuos no crean barreras limitantes en cuando a la consideración del mismo como valor primario, que va adquiriendo valor y enriquecimiento con el desarrollo de la vida misma.

¹⁴⁰ *Ibid.* Pag. 25.

¹⁴¹ *Ibid.* Pag. 27.

¹⁴² *Ibid.* Pag. 31.

Indica Gallo Armosino que “La libertad es un valor supremo porque, gracias a ella, el espíritu está en condiciones de motivarse frente a cualquier objeto que toque a la puerta de su consciencia, pero es un valor guiado por la motivación del espíritu, sometido, por tanto, a la razón y a las motivaciones, en el marco de la evidencia y la razón. Responde a este fundamento de la vida espiritual que es motivación personas del individuo”.¹⁴³

Gallo Armosino denota que “No hay filósofo que pueda negar que la existencia de un ser humano esté rodeada y, a veces, sumergida por los impulsos de la vida, no es preciso recordar a Freud, Nietzsche, Bergson o Merleau Ponty para colocar “mi yo” en la vida, en la realidad que envía a las personas, de tiempo en tiempo, fuertes impulsos. Un impulso es una fuerza, una energía que golpea la sensibilidad del cuerpo y penetra hasta el interior de la vida personas, en el alma y más a fondo, cuestiona el espíritu. El problema de los filósofos consiste, generalmente, en un prejuicio: negar la realidad de un mundo exterior que sea independiente de su propia consciencia personal individual: un mundo trascendente, que amenace su pretendida autonomía”.¹⁴⁴

En cuanto a lo que indica la entidad ‘educación Jesuita’ de España, “El objetivo principal y la razón de ser de la educación de la Compañía de Jesús es el crecimiento global de la persona, que lleva a la opción y el compromiso con los valores, de acuerdo con los principios y visión humana y cristiana de la vida. Así, para la Compañía de Jesús educar es, además de transmitir conocimientos, posibilitar una experiencia personal, creando actitudes que generen acciones. Tal objetivo requiere una total y profunda formación de la persona humana, un proceso educativo que intenta la excelencia; un esfuerzo de superación para desarrollar las propias potencialidades, que integra lo intelectual y lo académico, lo espiritual y relacional, lo artístico y psicomotriz, y todo lo que enriquece a la persona”.¹⁴⁵

Cabe resaltar que la educación Jesuita “Trata de lograr una excelencia humana cuyo modelo es el Cristo del Evangelio, una excelencia que refleje el misterio y la realidad de

¹⁴³ *Ibid.* pag. 37.

¹⁴⁴ *Ibid.* pag. 65.

¹⁴⁵ Educación Jesuita, Educación Jesuita, Nuestra razón de ser, España, 2010, disponible en sitio web <http://www.educacionjesuitas.es/identidad/nuestra-razon-de-ser> fecha de consulta 30/04/2016.

la encarnación, y que tenga en cuenta la dignidad de todas las gentes y la santidad de toda la creación. La educación jesuita, si realmente obtiene su objetivo, debe conducir una transformación radical, no sólo de la forma de pensar y actuar ordinariamente, sino de la misma forma de entender la vida, como hombres y mujeres competentes, conscientes y compasivos, que buscan el 'mayor bien' en la realización del compromiso de la fe y la justicia, para mejorar la calidad de vida de los hombres, especialmente de los pobres de Dios, los oprimidos y abandonados".¹⁴⁶

Álvarez de los Mozos indica que "La perspectiva de los derechos humanos afirma en términos simples pero categóricos que todo ser humano nacido (e incluso los no nacidos) posee una dignidad inherente e inviolable. Los individuos son titulares de derechos humanos sencillamente por formar parte del género humano y haber nacido. Tales derechos son compartidos por igual por todas las personas, con independencia del sexo, la raza, la nacionalidad y la posición económica. También son universales por lo que atañe a su contenido. En la excepcional (pero no la más antigua) formulación de estos derechos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la humanidad ha encontrado una nueva cota a cuya altura tiene que intentar vivir. Promulgar una declaración es una cosa; vivir su contenido, otra muy distinta. La pregunta decisiva es cómo puede convertirse la perspectiva de los derechos humanos en una herramienta útil para nuestra misión".¹⁴⁷

Tal indicación expresada en el párrafo anterior tiene congruencia de acuerdo con el contexto legal guatemalteco, ya que según las leyes de Guatemala, se le reconocen todos los derechos a las personas desde el momento de su concepción, es decir, los no nacidos, ya que el Estado les reconoce la personalidad desde antes de nacer, por lo que por ningún motivo pueden ser violentados sus derechos.

Álvarez de los Mozos continua "El mundo se enfrenta al desafío de trabajar por los derechos humanos y por la paz, conscientes de que en un mundo en el que se violan los

¹⁴⁶ *Loc. Cit.*

¹⁴⁷ Álvarez de los Mozos, Francisco Javier, *Retos Globales por la compañía de Jesús*, España, Ed. Apostolado social de la compañía de Jesús, 2010. Pp. 56.

derechos humanos fundamentales no puede haber paz. Trabajar por la defensa de los derechos humanos y la promoción de la paz es fundamental para la supervivencia de la humanidad. “El compromiso con la paz exige toda una nueva forma de pensar. No es una tarea más. Se trata más bien de la tarea distintiva en nuestro mundo. Otorgando un papel central al Evangelio y a la misión por la paz y la no violencia, podemos, en cuanto religiosos, liberarnos de cualquier posible insinuación de irrelevancia en el mundo actual, tan carente de paz”.¹⁴⁸

Álvarez de los Mozos establece que “La Doctrina Social de la Iglesia nos reta a comprometernos en la defensa de los derechos humanos. Así, por ejemplo, el papa Juan XXIII, en su encíclica *Pacem in terris*, afirma en sus nn. 11-34 que toda persona tiene derecho a la existencia y a los medios necesarios para un decoroso nivel de vida. El ser humano posee asimismo un derecho natural a ser respetado, poder venerar a Dios, elegir el estado de vida que prefiera, trabajar y sostener una familia, formar asociaciones, emigrar y desempeñar un papel activo en la vida pública. Todas las personas tienen además el deber de conservar su vida, de respetar los derechos de los demás, de colaborar en busca del bien común y de actuar con sentido de responsabilidad. Hablando de la autoridad, la encíclica añade que el fin de las autoridades públicas o los gobiernos es la consecución del bien común”.¹⁴⁹

Expone Álvarez de los Mozos que las “Violaciones de los derechos humanos ocurren por doquier en el mundo, con independencia de en qué clase de sistema vivan quienes los cometen y quienes los sufren. Una conciencia más honda de las extendidas violaciones de la dignidad humana, un análisis de las causas sociopolíticas y culturales profundas y un esfuerzo decidido por garantizar los derechos humanos pueden y deben convertirse en prioridades para la ‘GIAN’”.¹⁵⁰

Presenta Álvarez de los Mozos que “el GIAN (Global Ignatian Advocacy Network), Red ignaciana global para la incidencia política, ha promovido la redacción de documentos de posicionamiento sobre diversos temas en los que se considera que es necesario un

¹⁴⁸ *Loc. Cit.*

¹⁴⁹ *Loc. Cit.*

¹⁵⁰ *Loc. Cit.*

trabajo de incidencia política global. Esta guía de trabajo aspira a ayudar a la reflexión, la interiorización y el diálogo por parte de todos aquellos que participamos en diferentes ámbitos de la misión de la Compañía sobre uno de esos temas, el de la Paz y Derechos Humanos”.¹⁵¹

Agrega Álvarez de los Mozos que “La Compañía de Jesús tiene una larga trayectoria en educación. Desde sus inicios, la educación ha sido considerada como una tarea crucial para alcanzar la misión de promover la dignidad de todas las personas como seres humanos e hijos de Dios. Inspirada por el principio del Magis ignaciano, la Compañía ha dedicado especial atención a ofrecer una educación de calidad en sus centros educativos y a apoyar a aquellas personas que viven en los márgenes a partir de una variedad de iniciativas en todo el mundo”,¹⁵² agrega que “A pesar de este trabajo y de los esfuerzos de muchas otras organizaciones, la educación aún afronta muchos desafíos en el mundo actual: todavía quedan muchos grupos de personas excluidos del derecho a la educación, la calidad de la educación en muchos lugares continúa siendo muy pobre e incluso en los lugares con mayores recursos económicos, la educación en valores y ciudadanía se olvidan con frecuencia”.¹⁵³

Tealdi demuestra que “La bioética de los derechos humanos no es más que la postulación de una moral básica universalmente reconocida. Pero la enunciación de un deber universal se diferencia de la práctica universal del deber moral y es por ello que la universalidad de los valores éticos expresados en los enunciados de la moral de los derechos humanos requiere de una práctica continua de conversión del deber en virtud. La confusión o el desconocimiento de la diferencia entre estos dos planos de los derechos humanos es lo que lleva algunos a postular pretendidas superaciones que nunca son tales. La crítica de la moral es la que ha de conducir a universalizar lo universalizable”.¹⁵⁴

¹⁵¹ *Loc. Cit.*

¹⁵² *Loc. Cit.*

¹⁵³ *Loc. Cit.*

¹⁵⁴ Tealdi, Juan Carlos, *Bioética de los Derechos Humanos: investigaciones biomédicas y dignidad humana*, México, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2008, pp. 50.

Como una rama auxiliar de la ética que está encaminada hacia la dirección de otorgar principios morales relacionados con la conducta humana sobre el respeto a la persona, la bioética juega un papel muy importante en cuanto se habla de la dignidad humana, ya que dichos principios éticos deben de ser una práctica mundial, ya que se encuentra estrechamente relacionado con los preceptos del respeto a la vida como fuente fundamental de cualquier principio moralista.

En cuanto a fundamento, Tealdi enseña que “Si una bioética de los derechos humanos responde a los fundamentos de una moral universalista al identificar valores universales y reconocer deberes universales, la bioética crítica como continuidad de la misma no es otra cosa que el camino (el método) hacia la universalización de la práctica de deberes fundados en valores universales. Su tarea es la demolición de los contenidos de intereses y falsa conciencia que convierten en vicio y corrupción los postulados de valor y deber universales. De allí que la principal tarea de una bioética crítica hoy es la demolición de los falsos supuestos de la bioética liberal y su pretensión fáctica de convertirse en bioética global”.¹⁵⁵

Tealdi indica que “Si una bioética de los derechos humanos responde a los fundamentos de una moral universalista al identificar valores universales y reconocer deberes universales, la bioética crítica como continuidad de la misma no es otra cosa que el camino (el método) hacia la universalización de la práctica de deberes fundados en valores universales. Su tarea es la demolición de los contenidos de intereses y falsa conciencia que convierten en vicio y corrupción los postulados de valor y deber universales”.¹⁵⁶

El objetivo principal de la bioética crítica, de acuerdo con el párrafo anteriormente citado, es el derribamiento aparentes casos de una bioética liberal, y su proposición encaminada a convertirse en lo que sería una bioética global, entendiéndose a esta como una disciplina que comprende el correcto funcionamiento de las tecnologías modernas y del impacto que éstas tendrían si no se aplicaran correctamente.

¹⁵⁵ *Loc. Cit.*

¹⁵⁶ *Ibid.* Pag. 52.

Tealdi enumera “De manera tal que incluyendo a esos antecedentes, hoy se acepta que la bioética emerge desde una triple raíz: 1) La defensa de los derechos humanos en la posguerra mundial y el movimiento de derechos civiles en Estados Unidos, ambos en su relación con la medicina y la salud. 2) El poderío y ambigüedad moral del desarrollo científico tecnológico para la supervivencia de la especie humana y el bienestar de las personas. 3) Los problemas de justicia en los sistemas de salud”.¹⁵⁷

Tealdi expresa que “En cuanto a los derechos humanos, si bien la expresión francesa *droits de l’homme* fue acuñada en las últimas décadas del siglo XVIII y se internacionalizó con la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano por la Asamblea Nacional Francesa en 1789, la referencia más próxima y específica de los mismos es la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. De esa forma, la bioética y los derechos humanos como movimientos internacionales quedaron asociados estrechamente entre 1947 y 1948 aunque el modo y evolución de esa asociación deba analizarse porque las relaciones conceptuales entre bioética y derechos humanos han sido entendidas de muy diversas maneras y han llevado tanto a groseras maniobras de disociación como a sutiles y sofisticados argumentos de ruptura de esas relaciones”.¹⁵⁸

Tealdi afirma que “La bioética y los derechos humanos han sido presentados muy frecuentemente como conceptos desvinculados tal como puede observarse en la distinción entre derecho moral y derecho legal a la atención de la salud que se realiza en el ámbito de la bioética de los Estados Unidos y que guarda relación con la diferencia en el grado de reconocimiento de los derechos humanos de las llamadas primera, segunda y tercera generación”.¹⁵⁹

Tal diferenciación vendría siendo contraproducente, en sentido de que los derechos humanos son considerados como principios éticos-jurídicos y por lo tanto conforman el núcleo de legalidad vinculada con el respeto a la persona.

¹⁵⁷ *Loc. Cit.*

¹⁵⁸ *Ibid.* Pág. 53.

¹⁵⁹ *Ibid.* Pág. 54

Por otra parte, Tealdi menciona que “En Estados Unidos, donde ha surgido la bioética y en donde mayor producción bibliográfica y casuística existe sobre sus temas, al hablar de derechos suele hacerse la distinción entre derecho legal y derecho moral. Algunos derechos, se dice, son a la vez morales y legales, como el del consentimiento informado en las prácticas diagnósticas y terapéuticas en salud. Otros derechos son sólo morales, como el derecho a la atención de la salud, ya que la petición de un derecho moral a ser asistido por necesidades de salud no tiene respaldo legal. En otros sistemas jurídicos como los europeos y latinoamericanos esta situación en cambio es distinta y el derecho a la salud tiende a ser entendido como una conjunción entre derecho moral y derecho legal”.¹⁶⁰

Tialdi acota que “La violación de los derechos humanos tiene carácter institucional y por antonomasia de la institución mayor que es el Estado, y el reclamo y exigencia se realiza ante ese Estado que se supone garante de los derechos violados. En la enunciación de derechos por la Declaración se da la circunstancia de que la institución ante la cual se denuncia ese reclamo bajo la presunción de su incumplimiento por el Estado, debe ser ese supra-estado que son las Naciones Unidas o los distintos sistemas regionales”.¹⁶¹

Para Tialdi “La bioética de los principios éticos de tipo deductivista considera que la justificación de los juicios morales se hace en modo descendente a partir de principios y teorías éticas desde los cuales se deducen esos juicios. A partir de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, y de las teorías deontológicas, utilitaristas y de la virtud, resulta posible llegar a establecer juicios morales sobre casos concretos sean éstos del principio, el curso o el final de la vida. La bioética casuística de tipo inductivista considera en cambio que la justificación de los juicios morales es de tipo ascendente a partir de la experiencia con casos particulares en sus contextos correspondientes y de la moral tradicional y sus juicios que llevan al reconocimiento de principios generales y teorías éticas.”.¹⁶²

¹⁶⁰ *Ibid.* Pág. 58

¹⁶¹ *Ibid.* Pág. 66

¹⁶² *Ibid.* Pág. 79

Acuerdo con Tialdi, “La enumeración en la Constitución de ciertos derechos no deberá ser interpretada para negar o desacreditar otros conservados por el pueblo”. Con lo cual, la asimilación de la doctrina de los derechos humanos al campo de la salud era y es materia de interpretación en las constituciones liberales cuando esto no es reconocido explícitamente. De allí es que bajo la apariencia de un riguroso legalismo, el fundamentalismo de los principios éticos revela el sesgo de una interpretación conservadora y minimalista del derecho a la salud en las sociedades liberales”.¹⁶³

Molina López y Santos Yanay advierten que “La bioética intervencionista puede y debería ser una herramienta más para encontrar soluciones políticas y sociales eficaces a los problemas enraizados de la inequidad mundial en materia de salud. Si se quiere abordar con seriedad este problema debemos partir de que la equidad en el ámbito de la salud no es únicamente una cuestión de ética. No tiene sentido confiar en la buena voluntad y las buenas intenciones precisamente de esas entidades países, empresas, instituciones y grupos sociales”.¹⁶⁴

Molina López y Santos Yanay indican que “La bioética es la búsqueda ética, aplicada al progreso biomédico. Trata de encontrar soluciones a los conflictos de valores en el universo de interacción biomédica y se ocupa del estudio de la conducta humana en la atención a la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales. Las principales publicaciones de bioética hacen alusión a la autonomía, confidencialidad, consentimiento informado, beneficencia, maleficencia, equidad, uso racional de recursos y justicia. Estos elementos constituyen la gramática de la bioética y su Fundamentación”.¹⁶⁵

Agregan Molina López y Santos Yanay que “Las intervenciones médicas en situaciones críticas y límites, la iniciación o no de procedimientos terapéuticos invasivos que mantienen artificialmente la vida, la suspensión de estos, aclaración entre matar y omitir o retirar tratamientos inútiles, desproporcionados o gravosos, y vivir con calidad o morir con dignidad, constituyen para la acción interdisciplinaria de la bioética aperturas

¹⁶³ *Ibid.* Pág. 85

¹⁶⁴ Molina López, Javier. A García y Heriberto Rey Santos Yanay, *La dignidad humana en el transcurso de la vida, una reflexión desde la bioética*, España, Ed. El Cid. Editor, 2006. pág.3.

¹⁶⁵ *Loc. Cit*

dialogísticas, por encontrarse en terreno de varios discursos o temas, el médico, jurídico, social, político, económico entre otros profesionales”.¹⁶⁶

Molina López y Santos Yanay exponen que “El gran reto de la bioética está precisamente basado en que, no todo lo que técnicamente es posible, es lícito desde el punto de vista ético. Prolongar la vida de un ser humano más allá de los límites con una calidad de vida no aceptable, gracias a la biotecnología y la terapéutica, técnicamente es posible, pero éticamente puede vulnerar el derecho de la persona a morir con dignidad, como corresponde a su condición, de lo contrario, se está haciendo una incorrecta interpretación del principio de beneficencia médica, por eso es necesario fijar límites al deseo de poder hacer, de poder intervenir, proporcionando el ejercicio real de la autonomía del paciente, la medida y prudencia del ejercicio médico”.¹⁶⁷

López y Santos Yanay aportan que “En la ética médica la vida no es bien absoluto, igual que la muerte no es mal absoluto; sus principios se expresan en términos negativos: no hacer daño; no dañar al enfermo y positivos: restaurar la salud o aliviar el sufrimiento; por lo tanto, prolongar la vida a cualquier precio o costo, es algo extraño y ajeno a la ética médica”.¹⁶⁸

Molina López y Santos Yanay afirman que “La verdadera bioética debe dejar espacio para la indignación y la intervención, “una bioética dura”, “una bioética de intervención”. El principio que la sustenta es el “utilitarismo consecuencialista”, que consiste en el mayor bien, como resultado final, para el mayor número de personas. En la esfera pública y social, esto significa que las prioridades en política y en la toma de decisiones deben favorecer al máximo número de personas durante el mayor tiempo posible, aun cuando esto pueda reflejarse negativamente en algunas situaciones individuales (con ciertas excepciones que se debatirán). En la esfera privada, individual, significa la búsqueda de soluciones prácticas y viables a conflictos identificados en sus propios contextos sociales y culturales”.¹⁶⁹

¹⁶⁶ *Loc. Cit.*

¹⁶⁷ *Ibid.* Pág. 4.

¹⁶⁸ *Loc. Cit.*

¹⁶⁹ *Ibid.* Pág. 6

Molina López y Santos Yanay muestran que “Para la bioética de intervención es fundamental una comprensión clara del significado de la equidad, que no es lo mismo que igualdad. Equidad es el punto de partida; igualdad es el resultado deseado. Por medio de la equidad el reconocimiento de las diferencias y de las diferentes necesidades de diversos actores sociales se puede empezar a alcanzar derechos humanos universales, entre ellos el derecho a una vida con dignidad. En el contexto de la bioética, esto debería significar la posibilidad de acceso para todos a la salud y a otros bienes que son indispensables para la supervivencia humana en el mundo contemporáneo”.¹⁷⁰

Masía Clavel opina que “Desde un punto de vista antropológico y en una concepción humanista debe entenderse que la dignidad se apoya en la libertad, entendida ésta como la prerrogativa del hombre para dirigirse a través de las distintas elecciones que efectúa a su propia perfección y plenitud, por lo que supera a la autonomía personal. Como tal la libertad debe y puede ser educada. La libertad es el motor del destino personal del individuo, puesto que mueve a la voluntad para llegar a ser aquello que quiera ser”.¹⁷¹

Uno de los aspectos que se deben de tomar en cuenta para este tipo de debates, es la educación, ya que la libertad como tal tiene que ser educada para poder entrar en un ámbito en el cual una circunstancia deba de ser decidida con una adecuada autonomía personal, ya que dicha autodeterminación es la voluntad que tiene toda persona.

La Fundación CanFranc con sede en España, enuncia que “El término dignidad significa algo que es valioso, lo que es estimado o considerado por sí mismo, y no en función de otra cosa. La dignidad humana radica en el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser, no por ciertos rendimientos que prestara ni por otros fines distintos de sí mismo. El hombre vale por lo que el mismo es, por su ser. Ya hemos visto que lo que caracteriza al hombre es su ser persona. Persona de naturaleza racional y libre, por tanto con voluntad. La dignidad de la persona se funda

¹⁷⁰ *Ibid.* Pág. 6.

¹⁷¹ Masía Clavel, Juan, Ser humano persona y dignidad, España, Ed. Desclée de bouwer, 2010, pp.136.

en ella misma, en su ser persona. De aquí nacen todos los derechos humanos y la igualdad en cuanto ser de hombre y mujer”.¹⁷²

La entidad CanFranc añade que “La dignidad de la persona es la razón por la que no podemos tratar a las personas de cualquier manera como cosas o animales. Sin embargo hay determinadas períodos de la vida en la que la defensa de la propia dignidad resulta más difícil, es el caso de los no nacidos, los recién nacidos, personas con discapacidad, demencia senil, etcétera, que son vulnerables al trato que reciben de los demás y de la sociedad. Es igualmente persona un anciano que un niño, un enfermo que alguien sano, todos merecen ser tratados con respeto”.¹⁷³

La virtud del ser humana menciona CanFranc es que “Todo ser humano tiene dignidad y valor inherentes, solo por su condición básica de ser humano. El valor de los seres humanos difiere del que poseen los objetos que usamos. Las cosas tienen un valor de intercambio. Son reemplazables. Los seres humanos, en cambio, tienen valor ilimitado puesto que, como sujetos dotados de identidad y capaces de elegir, son únicos e irremplazables. Dado que los seres humanos son libres, en el sentido de que son capaces de efectuar elecciones, deben ser tratados como fines, y no únicamente como meros medios. En otras palabras: los hombres no deben ser utilizados y tratados como objetos. Las cosas pueden manipularse y usarse, pero la capacidad de elegir propia de un ser humano debe ser respetada”.¹⁷⁴

3.5 Perspectiva internacional en el ámbito de Derechos Humanos

Landa indica que “La dignidad humana, si bien está reconocida en diversos artículos de la Convención Americana de Derechos Humanos vinculados a la libertad personal (artículo 5.2.), la proscripción del trabajo forzoso (artículo 6.2), y a la protección de la honra (artículo 11), sólo en caso de guerra, peligro público u otra emergencia que amenace la independencia o seguridad del Estado, se autoriza al Estado a suspender

¹⁷² Fundación CanFranc, Fundacion Canfranc, Expertos eh humanidad: dignidad de la persona, España, 2010, Disponible en sitio web: <http://www.fundacioncanfranc.org/voluntariado-y-participacion-social/formaci%C3%B3n-del-voluntario/expertos-en-humanidad-dignidad-de-la-persona/> fecha de consulta 26/03/2016.

¹⁷³ *Loc. Cit.*

¹⁷⁴ *Loc. Cit.*

derechos humanos, y a su vez se le proscribiera hacerlo de una lista taxativa de derechos, entre los que no está expresamente la dignidad humana (artículo 27.2)".¹⁷⁵

Sin embargo, menciona Landa que “cabe señalar que dada la naturaleza universal, integral, indivisible, interdependiente y progresiva del derecho humano a la dignidad, resulta razonable entender que los derechos que no se pueden suspender, como los derechos a la vida, integridad, personalidad jurídica, prohibición de la esclavitud y servidumbre, principio de legalidad y no retroactividad, libertad de conciencia y de religión, derecho al nombre, derechos del niño, derecho de nacionalidad, derechos políticos, y las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos, tienen en su base y como límite al principio/derecho a la dignidad, que se encuentra de manera general y específica en todos los DERECHOS HUMANOS (SUSPENSIÓN DE DERECHOS)".¹⁷⁶

3.6 Perspectiva filosófica

Conforme a este apartado, Aparisi Miralles aduce que “Al intentar aproximarnos al principio de la dignidad humana comprobamos que nunca podremos encontrar una definición neta, y completamente acabada, del mismo. Como señala Spaemann, lo que la palabra dignidad quiere decir es difícil de comprender conceptualmente, porque indica una cualidad indefinible y simple. Asimismo, si admitimos, como señalan las diversas Declaraciones ya citadas, que la dignidad es una dimensión intrínseca del ser humano, y posee un carácter ontológico, más que algo demostrable, sería, en buena lógica, el presupuesto de toda argumentación. Tendría, de este modo, un cierto carácter axiomático”.¹⁷⁷

Manifiesta Aparisi Miralles que “Ello se advierte, precisamente, en las mismas raíces etimológicas del término dignidad. Las *dignitates* significaban, para los medievales, lo mismo que los axiomas para los griegos. Se trataba de proposiciones evidentes en sí

¹⁷⁵ Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales, César Landa, Voces en Derechos Humanos: Dignidad *Op. Cit.*

¹⁷⁶ *Loc. Cit.*

¹⁷⁷ Almudi.org, Angela Aparisi Miralles, El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global, España, 2014 disponible en sitio web <http://www.almudi.org/articulos/8802-el-principio-de-la-dignidad-humana-como-fundamento-de-un-bioderecho-global> fecha de consulta 26/03/2016

mismas, principios de una demostración y, por consiguiente, indemostrables. En palabras de Millán Puelles[, *Axiomata, dignitates*, son, en el orden lógico... las verdades objetivamente irreductibles, las que valen en sí, sin posibilidad de mediación”.¹⁷⁸

Esta idea también se encuentra ya presente en Tomás de Aquino. “Este autor sostenía, en el Libro I de la *Suma Teológica* que el término dignidad es algo absoluto y pertenece a la esencia. Y, en otro fragmento de la misma obra, afirmaba que es evidente por sí misma cualquier proposición cuyo predicado pertenece a la esencia del sujeto (esto es, la naturaleza, en su sentido dinámico, como principio de operaciones propias). En consecuencia, si la dignidad es algo propio de la naturaleza, y es evidente por si misma cualquier proposición cuyo predicado pertenece a la misma, la dignidad del ser humano será, no sólo una realidad ontológica, sino también autoevidente”.¹⁷⁹

Algo importante de mencionar es que la dignidad humana tiene carácter de absoluto, es decir, se encuentra entrelazado con lo que conforma toda estructura social que reconoce a la persona como centro primordial de protección, dado que dicha denominación hace referencia a otros valores como la justicia, la libertad, la vida y la igualdad, los cuales giran en torno a un valor central, el cual es la dignidad.

Aparisi Miralles mantiene su postura de la siguiente manera: “De cualquier modo, conviene señalar que el mismo Tomás de Aquino añadía que “hay axiomas o proposiciones que son evidentes por si mismas para todos; y tales son aquellas cuyos términos son de todos conocidos, como “el todo es mayor que la parte o dos cosas iguales a una tercera son iguales entre sí. Y hay proposiciones que son evidentes por si mismas sólo para los sabios, que entienden la significación de sus términos. Lo mismo podría aplicarse a la afirmación “todo ser humano posee dignidad”.¹⁸⁰

Declara Aparisi Miralles que “Especialmente, a partir de Kant, la dignidad también remite a la idea ya mencionada, de que la persona es un fin en sí mismo, por lo que nunca debe ser tratada como un medio, mereciendo un respeto incondicionado. Como es bien

¹⁷⁸ *Loc. Cit.*

¹⁷⁹ *Loc Cit.*

¹⁸⁰ *Loc. Cit.*

conocido, Kant, en su *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, señaló que las personas no son meros fines subjetivos, cuya existencia, como efecto de nuestra acción, tiene un valor para nosotros, sino que son fines objetivos, esto es, seres cuya existencia es en sí misma un fin, y un fin tal que en su lugar no puede ponerse ningún otro fin para el cual debieran ellas servir como medios”.¹⁸¹

3.7 Perspectiva religiosa

La asociación budista Soka Gakkai Internacional, con sede en España, señala que “Ya sea en el nivel de los organismos internacionales, como en el nivel comunitario, el debate sobre los derechos humanos pone de relieve la gran diversidad de perspectivas y escalas de valores existentes entre las personas. Sea cual fuere el punto de vista que lo sostenga, el concepto de los derechos humanos tiene como fundamento el principio de la dignidad humana. Todos los seres humanos tienen derecho a ser tratados con dignidad y respeto. Según la tradición cultural o religiosa, la dignidad hace referencia, por ejemplo, al valor inherente del ser humano en cuanto es un ser racional; al fundamento de que el hombre ha sido creado a imagen de Dios; o, a la afirmación de que el ser humano posee dignidad por sí mismo desde el hecho de que es un ser humano”.¹⁸²

La asociación antes mencionada indica que “Desde el punto de vista del budismo, el ser humano puede escoger crear valor aún en las circunstancias más difíciles. A través de las elecciones que la persona hace en la vida, esta puede cumplir con su misión y desarrollar al máximo la expresión de su dignidad humana. El despertar a la propia dignidad humana inherente a cada ser humano es la base fundamental de los derechos humanos”.¹⁸³

Desde un punto de vista de la religión Cristiana, Domingo Oslé da a conocer que “La eutanasia cristiana ayuda a morir dignamente, pero nunca asesina, pues matar es

¹⁸¹ *Loc. Cit*

¹⁸² SGI, Soka Gakkai Internacional, Dignidad humana, España, 2016 disponible en sitio web <http://www.sgi.org/es/budismo/conceptos-filosoficos/dignidad-humana.html> fecha de consulta 26/03/2016

¹⁸³ *Loc. Cit.*

moralmente inaceptable, y más todavía si se trata de poner fin a la vida de personas discapacitadas, enfermas o moribundas. Por ello, la eutanasia cristiana rechaza cualquier tipo de acción u omisión que, de suyo o en la intención, provoquen la muerte, admitiendo, por supuesto, la interrupción de tratamientos médicos desproporcionados o un vano encarnizamiento terapéutico. Así, la eutanasia cristiana no desea la muerte pero acepta, porque reconoce nuestra condición de criaturas, el fin inexorable”.¹⁸⁴

De acuerdo con Domingo Oslé “La eutanasia cristiana reclama que las decisiones sean tomadas por el propio paciente, si fuera capaz, o por sus familiares, respetando siempre los intereses legítimos del enfermo. La eutanasia cristiana jamás desatiende los cuidados paliativos, por más que la muerte nos pise los talones, y ve en ellos un ejercicio vivo de caridad fraterna, de generosidad. De solidaridad. Mientras escribo estas líneas, millares de personas, repartidas por todo el mundo, contribuyen al buen morir. Nos enseñan a ser valientes. La eutanasia cristiana es, pues, una realidad. Juan Pablo II y la Madre Teresa de Calcuta, desde posiciones distintas —enfermo y enfermera—, son modelos para el cristiano frente a la hermana muerte. En definitiva, la eutanasia cristiana apuesta por la persona, por su dignidad, ayudándonos a morir en las manos de Dios. Para ello, es preciso rechazar de plano cualquier acción que directa o indirectamente implique un *animus necandi*, una intención o voluntad de matar, del todo contraria a los derechos humanos. La eutanasia cristiana no teme a la muerte, pues ve en ella una puerta que se abre al Amor. Por eso, la espera con coraje, con entereza, sabiendo que es tan sólo un paso, una pascua, un recodo en la vida. Un camino que más tarde o más temprano todos hemos de recorrer”.¹⁸⁵

La eutanasia es considerada, por lo tanto, una grave ofensa a Dios, autor de la vida, en cuanto viola su ley. No es lícito matar a un paciente para no verle sufrir o no hacerle sufrir, aunque aquél lo pida. Ni el paciente, ni los médicos, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona. No tiene derecho a la elección

¹⁸⁴ Domingo Oslé, Rafaél, Eutanasia Cristiana, España, 2007, Disponible en sitio web <http://www.iglesia.org/santos/item/392-eutanasia-cristiana> fecha de consulta: 11 de julio de 2017.

¹⁸⁵ *Loc. Cit*

del lugar y del momento de la muerte, porque el hombre no tiene el poder absoluto sobre su persona y su vivir, con mayor razón, sobre su muerte.

Acorde con el sitio web español El Mundo, “La religión Islámica permite, en ciertos casos, que se cese con las medidas que prolongan la vida artificialmente, pues no se trata de aferrarse a ella. Cuando la vida llega a su fin, hay que entrar con satisfacción a la muerte. No se debe, por ello, prolongar la vida a toda costa, donde la ciencia y la razón no ven perspectiva. El Islam prohíbe toda clase de eutanasia. La vida es un don divino, que hay que proteger y cuidar lo más posible. El fin de la vida lo determina Dios solo”.¹⁸⁶

Conforme al sitio web citado anteriormente, “La concepción de la eutanasia según el judaísmo, naciste en contra de tu voluntad, así que en contra de tu voluntad morirás algún día. Esto implica que nuestra problemática empieza ya con un paciente en estado terminal cuando se plantea prolongarle la vida artificialmente, torturándolo aún más”.¹⁸⁷

3.8 La eutanasia y el suicidio asistido y la Ley de Guatemala

La Constitución Política de la República de Guatemala estipula expresamente en el artículo tres, que se protege la vida humana desde el momento de la concepción, así como la integridad y seguridad de las personas, siendo éste, su fin supremo, ya que de esa manera se tutela el derecho primordial de todo ser humano, que es la vida, y por lo tanto, los procedimientos de la eutanasia y el suicidio asistido no tienen cabida legal debido a que la norma suprema de Guatemala consagra la vida como un derecho fundamental, y, por lo tanto, la protección que el Estado garantiza de la vida a todas las personas dentro de su territorio para que el mismo no sea vulnerado.

Al momento de darle muerte a una persona, el responsable del hecho puede ser acusado de distintos tipos penales, los cuales dependen de las circunstancias, tiempo, lugar y modo en los cuales se ejecuta el acto.

¹⁸⁶ Deutsche Welle, Deutsche Welle, Las religiones y la eutanasia, España, 2005, disponible en sitio web <http://www.dw.com/es/las-religiones-y-la-eutanasia/a-1532537> fecha de consulta 12 de julio 2017.

¹⁸⁷ *Loc. Cit.*

Dentro del artículo 123 del Código Penal de Guatemala, se encuentra regulado el homicidio, el cual establece lo siguiente: “Comete homicidio quien diere muerte a alguna persona. Al homicida se le impondrá prisión de 15 a 40 años”.¹⁸⁸

Dentro del Decreto 17-73, en el artículo 128 se regula lo siguiente “Quien indujere a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, si ocurriere la muerte, se le impondrá prisión de cinco a quince años. Si el suicidio no ocurre, pero su intento produce lesiones de las comprendidas en los artículos 146 y 147 de este Código, la pena de prisión será de seis meses a tres años”.¹⁸⁹

Otro delito contemplado dentro de la ley guatemalteca que puede relacionarse a la eutanasia está contemplado en el “Artículo 132. Comete asesinato quien matare a una persona: 1) Con alevosía; 2) Por precio, recompensa, promesa, ánimo de lucro; 3) Por medio o en ocasión de inundación, incendio, veneno, explosión, desmoronamiento, derrumbe de edificio u otro artificio que pueda ocasionar gran estrago; 4) Con premeditación conocida; 5) Con ensañamiento; 6) Con impulso de perversidad brutal; 7) Para preparar, facilitar, consumir y ocultar otro delito o para asegurar sus resultados o la inmunidad para si o para copartícipes o por no haber obtenido el resultado que se hubiere propuesto al intentar el otro hecho punible”.¹⁹⁰

“8) Con fines terroristas o en desarrollo de actividades terroristas al reo de asesinato se le impondrá prisión de 25 a 50 años, sin embargo, se le aplicará la pena de muerte en lugar del máximo de prisión, si por las circunstancias del hecho y de la ocasión, la manera de realizarlo y los móviles determinantes, se revelare una mayor particular peligrosidad del agente. A quienes no se les aplique la pena de muerte por este delito, no podrá concedérsele rebaja de pena por ninguna causa.”¹⁹¹

Cabe mencionar que la legislación penal guatemalteca no tiene tipificado como delito la eutanasia o el suicidio asistido, por lo que ciertamente se hace una interpretación en cuanto a su encuadramiento en determinada conducta antijurídica, por lo que deja un

¹⁸⁸ Congreso de la República de Guatemala, Decreto 17-73 y sus reformas.

¹⁸⁹ *Loc. Cit.*

¹⁹⁰ *Loc. Cit.*

¹⁹¹ *Loc. Cit.*

ámbito susceptible de apreciar los distintos factores que motivaron el móvil del hecho para poder considerar que concurren todos los elementos necesarios para tipificar a dicha acción u omisión como un ilícito penal.

Según De León Velasco y Mata Vela, al considerar que la eutanasia “No encuadra dentro del delito de homicidio, inducción o ayuda al suicidio y menos en el delito de asesinato, porque los mismos se caracterizan por que el sujeto activo que puede ser cualquier persona actúa guiado por el animus necandi o dolo de muerte, es decir con una intención criminal; y como bien señalan De Mata Vela y De León Velasco “los homicidios realizados con ausencia de dolo o culpa no serán delictivos”.¹⁹²

Al respecto de lo citado anteriormente debe tomarse en cuenta que, en el caso del asesinato, Artículo 132, del Código Penal, es evidente en su contenido lo referente al animus necandi, no obstante, en el artículo 123 del Homicidio, no se observa ninguna referencia que pueda interpretarse como ánimus necandi manifiesto, ya que solamente señala “Homicidio. Comete homicidio quien diere muerte a alguna persona”, además que lo señalado de que los que señalan De Mata Vela y De León Velasco de que: “los homicidios realizados con ausencia de dolo o culpa no serán delictivos” no aparece escrito en el Código Penal y ese extremo sería muy difícil de probar. Además del concepto de la eutanasia, se deduce que, si hay un ánimo de dar muerte a la persona, pero se diferencia del asesinato en que el él ánimo de matar a la persona es por un motivo piadoso, de evitarle sufrimiento innecesario. Además, el hecho de practicar una eutanasia, se deduce que debe ser un hecho debidamente razonado por el agente, por lo que el elemento de premeditación estaría presente y encuadraría en el elemento de premeditación conocida, contenido en el numeral 4 del Artículo 132 (Asesinato) del Código Penal vigente, además el concepto del suicidio asistido, encuadra perfectamente dentro del contenido del Artículo 128, relativo a la inducción o ayuda al suicidio.

Vásquez, señala asimismo que, en “Guatemala no existe regulación alguna sobre la eutanasia, por lo que esta no puede ser aplicada, si alguien la práctica sin el

¹⁹² De León Velasco, Hector Aníbal, José Francisco de Mata Vela, Curso de Derecho Penal Guatemalteco, Guatemala, Ed. Centroamericana, 1994, Pág. 319.

consentimiento de la persona se encuadraría en el delito de homicidio (sería muy difícil comprobar que fue con el consentimiento de la persona) y si se logra comprobar que fue con su consentimiento se encuadraría en el delito de inducción o ayuda al suicidio”.¹⁹³

Por otro lado, la eutanasia y el suicidio asistido pueden llegar a ser confundidas por no tener un conocimiento sustancial con la cual se pueda diferenciar un procedimiento con otro, y lo que señala Meillon consiste en que “Una equivocación común es comparar la eutanasia con el suicidio o con el homicidio. Así pues, Albuquerque afirma que una diferenciación entre la eutanasia y los anteriores es que al paciente sufriente a quien se le aplica la eutanasia está próximo a su muerte. Es decir, quien comete homicidio o suicidio no necesariamente lo realiza por estar próximo a la muerte, como el paciente que sufre grandes dolores al encontrarse en fase terminal a quien se le practica la eutanasia. Otras diferenciaciones entre estos términos constituyen “la intención y los métodos utilizados”. Otra diferencia es el ambiente donde se realizan cada uno de los términos, pues la eutanasia tiende a realizarse en ambientes clínicos”.¹⁹⁴

Una de las diferenciaciones que Meillon expresa en el artículo anteriormente citado, es que la eutanasia activa es la que se realiza en un ambiente clínico, es decir, en un centro médico especializado, por lo que al debatir sobre las diferentes connotaciones de la eutanasia, existe un tipo llamado eutanasia pasiva, que como anteriormente se expuso, consiste en la decisión del paciente o del médico en no proseguir con los tratamientos médicos, ya sean estos por ser muy dolorosos provocando sufrimiento adicional y por ser tratamientos obstinados, por lo que el paciente tiene la decisión de no someterse a tales tratamientos.

Respecto a la decisión del paciente por no optar a someterse a los tratamientos médicos, se tiene que tener en cuenta la voluntad del médico, por lo que los profesionales de la medicina también tendrían que entrar a considerar la necesidad de intervenir en el paciente, por lo que indica García trigueros que “Es sabido que la capacidad del derecho

¹⁹³ Scribd, Vásquez, Jackelin, Eutanasia en Guatemala, Guatemala, 2011. Disponible en sitio web: <https://es.scribd.com/document/229556881/Eutanasia-en-Guatemala> fecha de consulta: 1/08/2017.

¹⁹⁴ Plaza pública, Ricardo Meillon, Esbozos de la eutanasia y ortotanasia, Guatemala, 2013. Disponible en sitio web: <https://www.plazapublica.com.gt/content/esbozos-de-eutanasia-y-ortotanasia> fecha de consulta: 1/08/2017.

como factor de cambio social es limitada, pero existe, al menos en cierta medida, y debe intentar orientar la dirección de esos cambios en el sentido que la sociedad mayoritariamente lo demande, teniendo también en cuenta que las cuestiones sociales nunca son estáticas. La voluntariedad es, en cualquier caso, la pieza clave en esta regulación, que debería establecerse respetando el derecho del médico y del personal sanitario a la objeción de conciencia a participar en tales actos, informando al paciente de su derecho a cambiar de médico y promulgando disposiciones que faciliten el ejercicio del derecho de decisión que posee, a la vez que salvaguarden su derecho a vivir, si así lo desea”.¹⁹⁵

Con base en lo anterior, García Trigueros consideró que “Su regulación no significaría su obligatoriedad absoluta, ya que no se puede imponer un criterio de este tipo a un conglomerado, en tal sentido cada enfermo tiene derecho a decidir informadamente sobre asuntos que pertenecen a una esfera tan privada como lo es su cuerpo y en virtud de esto, decidir cómo quiere seguir (o no seguir) viviendo; considero que al regularla se estaría velando siempre por el derecho a la vida, ya que en Guatemala se aplica la eutanasia pasiva sin ningún control, sin fundamento legal, sin ningún tipo de transparencia y ante una situación que ya se está dando, si se quiere, en mínima medida en la sociedad guatemalteca no se debe permanecer con los ojos cerrados”.¹⁹⁶

Indica Barrera Paz que “En ese orden de ideas, si un paciente está siendo atendido en forma obsesiva, con la sola intención de prolongar su vida sin importar el dolor y sufrimiento que esté experimentando; debe valorarse también la libertad que el paciente y sus familiares tienen para decidir sobre estas intervenciones médicas. Cabe resaltar que el derecho a la libertad ha sido motor de los derechos humanos a través de la historia y pilar en el desarrollo del ser. No existe una persona que pueda considerarse en goce de sus derechos si no es libre para decidir”.¹⁹⁷

¹⁹⁵ García Trigueros, Análisis jurídico doctrinario de la eutanasia y su aplicación en los casos de enfermedad terminal y su posible regulación en el Derecho Penal guatemalteco, Guatemala, 2009, Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad San Carlos de Guatemala, Pág. 81.

¹⁹⁶ *Ibid*, Pág. 82.

¹⁹⁷ Barrera Paz, Josué Otoniel, Análisis jurídico filosófico de la eutanasia como un Derecho Humano, Guatemala, 2010, Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad San Carlos de Guatemala, pág. 93.

De acuerdo con lo que establece el Código Deontológico de Médicos y Cirujanos de Guatemala, el profesional de la medicina evitara acciones terapéuticas sin esperanza alguna, cuando supongan molestias innecesarias al enfermo. Por lo que utilizando como punto de partida dicha normativa se encuentra el paciente en libertad absoluta para decidir en qué momento separarse de los tratamientos utilizados para prolongar su vida, y por otra parte, se encuentra el profesional de la medicina en una posición ética bajo la cual la propia normativa que rige el actuar de los médicos y cirujanos de Guatemala indica que pueden apartarse de acciones terapéuticas que produzcan molestias o sufrimientos adicionales e innecesarios al paciente.

Agrega Barrera Paz que “No se trata de despenalizar una acción del médico sino de crear una causa de inculpabilidad por la omisión de tratamiento médico cuando las circunstancias clínicas y altruistas lo ameriten; es decir, cuando nadie en la sociedad pueda reprocharle el haber actuado de esa forma”.¹⁹⁸

De acuerdo con De la Horra, “La eutanasia debería ser un derecho reconocido por la ley, como sucede en algunos países bajo ciertas circunstancias. Porque no existe nada superior ni más satisfactorio y ético que llevar una vida consciente y decidir de la propia muerte, como no hay derecho más legítimo que comer cuando se está hambriento y descansar cuando se necesita. Entiendo que ello va contra el espíritu y la praxis de muchos médicos, puesto que parte del gremio, sobre todo los que dependen de las empresas privadas denominadas “hospitales”, verían entonces menguar sus ingresos obtenidos en esa “industria de la vida” que, de hecho, se ha ido convirtiendo más bien en una “industria de la muerte”¹⁹⁹

¹⁹⁸ *Ibid.* Pág. 94.

¹⁹⁹ El Periódico, Raúl de la Horra, Estrellita, Guatemala, 2017. Disponible en sitio web: <https://elperiodico.com.gt/lacolumna/2017/07/29/estrellita/> fecha de consultar: 1/08/2017.

CAPITULO 4

Derecho comparado

4.1 Definición

Para la Academia de Ciencia de Ciencias Políticas y Sociales de Venezuela, el derecho comparado es considerado como “El instrumento necesario e indispensable para lograr la consolidación del derecho universal. Existe la incertidumbre de si el derecho comparado es una ciencia autosuficiente, auxiliar o sólo una vía para el estudio del derecho general, sin embargo, esto es un carácter bizantino, por lo que carece en la práctica jurídica de valor”.²⁰⁰

Para la mencionada entidad lo que se debe comparar son “Las instituciones jurídicas que se reflejan de las soluciones de casos prácticos, por lo que, en el ámbito de diferentes realidades sociológicas, se busca comparar el denominador común existente en las distintas soluciones, así como sus particularidades. Por lo que se comparan los supuestos de hecho, la norma jurídica aplicable a dichos supuestos y la solución legal, que puede tener aspectos importantes pero diferentes de los textos legales aplicables en las sentencias de cada país”.²⁰¹

La Academia de Ciencias Políticas y Sociales de Venezuela considera que “Muchas de las soluciones a los casos prácticos están estrechamente relacionados con aspectos extrajurídicos, que influyen notoriamente en la decisión, como lo sociológicos, filosóficos y políticos. Por lo que se debe tener en cuenta que no se compara los textos legales aislados, fórmulas vacías, principios abstractos y aspectos doctrinarios, así como tampoco los aspectos históricos, éticos y sociológicos que sirvieron de inspiración al desarrollo de cada país, lo que en verdad importa, a los ojos del Derecho Comparado son las “funciones” que se cumplen a través de las decisiones judiciales”.²⁰²

²⁰⁰ Centro de investigaciones Jurídicas, Academia de Ciencias Políticas y Sociales, Método para hacer un buen derecho comparado, Venezuela, 2013, Disponible en sitio web: <http://cij.org.ve/site/estudio-del-derecho-comparado/> fecha de consulta 1/04/2016.

²⁰¹ *Loc. Cit.*

²⁰² *Loc.Cit.*

El derecho comparado, por aplicación tiene múltiples finalidades, por lo que sería un error evocar un grupo taxativo del mismo, sin embargo, se puede hacer alusión de unos ciertos objetivos principales que señala la Academia de Ciencias Políticas y Sociales, siendo estos los siguientes: “1. Mejor aplicación práctica del derecho propio, así como busca servir de base para su efectiva creación, es decir, su progresiva mejora; 2. Efectiva aplicación del Derecho Internacional Privado; 3. Búsqueda de nuevos principios para la creación de los sistemas jurídicos adaptables a la sociedad en desarrollo”.²⁰³

Se debe resaltar que luego de haber expuesto de manera concisa las finalidades del derecho comparado, este puede concebirse como una manera de aportar soluciones reformadoras que pueden llegar a dar razonamientos y fundamentos a la jurisprudencia nacional, y de igual manera, ayuda con la creación de normativas legales internas, ya que por medio de este instrumento, la sociedad y los legisladores se ven influenciados por corrientes doctrinarias y jurídicas que promueven las necesidades internas dentro del ordenamiento jurídico.

Con base a lo anteriormente razonado, se establece que el derecho comparado tiene funciones de instrumento de desarrollo interno dentro de una legislación, ya que innova ciertos lineamientos que promueven el impulso necesario para la creación de nuevas normativas basándose en corrientes legales internacionales, y de acuerdo con la presente investigación, es importante acotar las diferentes connotaciones sobre la salud y el derecho a la misma como sustento del principio de seguridad jurídica relativa al derecho a la vida.

Con relación a la eutanasia y el suicidio asistido, se presenta a continuación un cuadro comparativo, el cual expone los Estados en los cuales dichos procedimientos se encuentran legalmente aplicables:

²⁰³ *Loc. Cit.*

PAÍS	EUTANASIA	SUICIDIO ASISTIDO
Holanda	Aprobada por Ley 26691: "Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido".	Aprobado por la Ley 26691: "Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido".
Bélgica	Aprobada por la "Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la eutanasia".	
Luxemburgo	Aprobada por la "Ley 16 de marzo de 2009:" Legislación que regula los cuidados paliativos, así como la eutanasia y asistencia al suicidio".	Aprobado por la "Ley 16 de marzo de 2009:" Legislación que regula los cuidados paliativos, así como la eutanasia y asistencia al suicidio".
Suiza		Aprobado por la Interpretación extensiva: Código 311.0: "Código Criminal Suizo". Quien asista a alguien al suicidio no puede ser llevado a juicio si no actuó por propio interés.
Estado de Oregón Estados Unidos de América		Aprobado por la "Ley de la muerte digna de Oregón".
Estado de California Estados Unidos de América		Aprobado por la "Ley SB 128".
Estado de Washington Estados Unidos de América		Aprobado por la Medida de iniciativa 1000: Aprobado por "Ley para morir con dignidad de Washington".
Estado de Vermont Estados Unidos de América		Aprobado por Ley de decisión de poner fin a la vida (End of Life Choice Bill)
Colombia	Resolución 1216 de 2015.	

Cuadro de autoría propia. Fuente: las normas citadas.

4.2 Holanda

Holanda fue el primer país que en el año 2002 autorizó como una práctica legal a la eutanasia, por la cual los médicos que hicieron dicho procedimiento no podrán ser perseguidos penalmente por incurrir en algún ilícito. De acuerdo con La ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido “El principal cambio introducido con la aprobación de la ley es que ahora se tendrá un mejor control de los casos, ya que se constituirá una comisión que juzgará si el médico practicó legalmente la eutanasia. El facultativo estará obligado a comunicar una eutanasia practicada por él a esta comisión, que controlará todos los casos que se produzcan y que sólo podrá recurrir al Ministerio Fiscal en casos de duda”.²⁰⁴

Aunque la eutanasia esté propiamente legalizada en Holanda, se deben de seguir ciertos procedimientos para que la juridicidad del acto no lleve implícito un hecho contrario a la ley, es por ello que la ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido preceptúa que “No se podrá perseguir en los tribunales a los médicos que practiquen la eutanasia conforme a los criterios establecidos por la ley. Durante muchos años los doctores holandeses han podido ayudar a sus pacientes a morir sin temor a ser perseguidos penalmente, aunque esta práctica era oficialmente ilegal. La eutanasia sin control seguirá estando penalizada con una condena máxima de doce años de cárcel”.²⁰⁵ Los mencionados procedimientos se encuentran contemplados la Ley 26691: Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio asistido.

4.3 Bélgica

Seguidamente después de que Holanda reguló la eutanasia y el suicidio asistido dentro de su ordenamiento jurídico, Bélgica le siguió los pasos, solo que no legalizó el procedimiento para el suicidio asistido.

²⁰⁴ ABC, Cañizares Álvaro, Holanda fue el primer país en legalizar la eutanasia, España, 2003. Disponible en sitio web: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-20-04-2001/abc/Sociedad/holanda-fue-el-primer-pais-en-legalizar-la-eutanasia_25391.html fecha de consulta: 12 de julio de 2017.

²⁰⁵ *Loc Cit.*

La despenalización de la eutanasia en Bélgica se llevó a cabo después de haber realizado un complejo y extenso debate entre quienes se encontraban a favor de la misma y los que la consideran como un acto contrario a las leyes prohibitivas expresas.

De acuerdo con Soler Grande y Montes “En mayo de 2002 Bélgica aprobó una ley (Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la eutanasia) que despenalizó la eutanasia. A diferencia de Holanda, la ley belga no menciona el suicidio asistido que se considera una práctica eutanásica. El primer informe de la Commission Fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie (Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia), referido a los quince primeros meses de aplicación de la ley, precisaba que algunas eutanasias fueron en realidad casos de suicidio asistido en los que el propio paciente ingirió por su propia mano el producto letal o activó el mecanismo instaurado con este fin”.²⁰⁶

De acuerdo con Esquivel Jiménez, “Las autoridades belgas empezaron en 1999 a debatir formalmente la posibilidad de legalizar la eutanasia. Tras largos debates, durante más de año y medio, la Comisión de Justicia y Asuntos Sociales del Senado, el 15 de enero de 2.001, aprobó el texto en el que se indicaban los requisitos necesarios para que los médicos pudieran ayudar a una persona a quitarse la vida sin ser perseguidos judicialmente. El texto legislativo ha sido objeto de un largo debate en el Senado con intervenciones de médicos, filósofos, representantes de la sociedad, en sesiones que han sido televisadas para informar a la opinión pública. Fue un proceso duro, según manifestó el propio redactor de la ley, el senador socialista Philippe Mahoux”.²⁰⁷

4.4 Luxemburgo

La Asociación Federal para el Derecho a morir con dignidad expone que “En febrero de 2008 Luxemburgo se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia, aprobando la ley sobre el derecho a una muerte digna. La experiencia de Holanda y

²⁰⁶ Asociación Federal del Derecho a morir dignamente, Montes, Luis, Fernando, Soler Grande Eutanasia y Suicidio asistido en el mundo, España, 2009. Disponible en sitio web: https://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html fecha de consulta: 12 de julio de 2017.

²⁰⁷ Esquivel Jiménez, Luis, Universidad de Barcelona, El Derecho a una muerte digna: la eutanasia. Disponible en sitio web: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/indice.htm> fecha de consulta 17/07/2017.

Bélgica, países pertenecientes a la unión fronteriza Benelux, demostraba que no hay riesgo de abuso en una legislación similar a la de Bélgica”.²⁰⁸Dichos procedimientos están contemplados en Ley 16 de marzo de 2009, que lleva de nombre Legislación que regula los cuidados paliativos, así como la eutanasia y asistencia al suicidio.

4.5 Suiza

En Suiza la figura de eutanasia es contemplada como un delito, pero no el auxilio o ayuda al suicidio, ya que acorde con La Asociación Federal para el Derecho a morir con dignidad, el suicidio asistido cuenta “Con la peculiaridad de que no tiene que contar con la asistencia del médico, necesario únicamente para la prescripción del fármaco letal, quedando en manos de organizaciones no gubernamentales. El requisito ineludible del auxilio al suicidio en Suiza es que detrás de la actuación de quien ayuda no haya ninguna motivación egoísta ni de tipo personal o económico. Si esto se llegase a acreditar, el responsable sería perseguido penalmente, de acuerdo con el art. 115 del Código Penal. Suiza cuenta con tres organizaciones voluntarias que dan apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio: EXIT, que actúa en los cantones de habla germánica e italiana; AMD, en los cantones franceses; y DIGNITAS, para las personas extranjeras que van a Suiza para recibir ayuda al suicidio”.²⁰⁹

4.6. Estados Unidos de América

Conforme a la página web española ‘La Información’ “La generalidad de sus estados no tiene vigente y legalizada la tan controvertida práctica de la eutanasia, más sin embargo, en la actualidad son cinco los cuales permiten y aceptan de manera legal que los médicos prescriban medicamentos que pongan un fin a la vida de los pacientes con enfermedades terminales. Es de esta manera, que California es el quinto estado que la ha autorizado, teniendo como referencia las normativas legales de Oregón, Washington, Montana y Vermont”,²¹⁰

²⁰⁸ *Loc. Cit.*

²⁰⁹ *Loc. Cit.*

²¹⁰ La Información, La Información, California quinto estado de EE.UU que aprueba la eutanasia, España, 2015, disponible en sitio web: http://noticias.lainformacion.org/mundo/california-quinto-estado-de-ee-uu-que-aprueba-la-eutanasia_Px9OFFi975XmnVMXascMu6/ fecha de consulta 02/04/2016.

Conforme a un artículo publicado por página web antes mencionada “El órgano legislativo del Estado de California ha aprobado el seis de junio del año dos mil quince, una iniciativa que permitirá a los médicos prescribir medicamentos que pongan fin a la vida de pacientes con enfermedades terminales, siguiendo los pasos de otros cuatro estados de Estados Unidos que ya lo permiten: Oregón, Washington, Montana y Vermont. Se trata de una victoria histórica para los partidarios del suicidio asistido, según informa el diario estadounidense 'New York Times', que detalla que la iniciativa pasó el trámite en el Senado con 23 votos a favor y 14 en contra. Ahora es el gobernador Jerry Brown quien debe firmar el proyecto para convertirlo en ley”.²¹¹

Concorde al mismo artículo publicado por ‘La Información’, se indica que “El proyecto de ley de California se basa en la ley de Oregón, aunque incluye varios cambios importantes. La ley de California expiraría después de diez años y tendrá que ser aprobada de nuevo, y los médicos tendrán que consultar en privado con el paciente acerca de su deseo de morir, como parte de un esfuerzo para asegurar que nadie se vea obligado a poner fin a su vida una de las principales preocupaciones para los opositores a la ley. La iniciativa, considerada una variante de la aplicación de la eutanasia, permite a los pacientes con enfermedades terminales tomar la decisión de morir con ayuda de un médico que le prescribiría los medicamentos para poner fin a su vida”.²¹²

Dicha propuesta legislativa atendiendo a lo escrito por ‘La Información’ “Fue impulsada por Brittany Maynard, de 29 años, quien residía en San Francisco y padecía una enfermedad terminal. Desde que Oregón aprobó la primera ley de suicidio asistido del país en el año 1997, sus partidarios han luchado para ampliar su alcance, en medio de la oposición de los grupos religiosos, algunas organizaciones médicas y legisladores, tanto republicanos como demócratas, a título personal”.²¹³

A lo largo de la historia, esta práctica ha sido debatida tanto por motivos éticos como jurídicos. Acorde a una circulación del sitio web argentino denominado ‘La Nación’,

²¹¹ *Loc. Cit.*

²¹² *Loc. Cit.*

²¹³ *Loc. Cit.*

“Hasta el momento, Oregón ha sido el pionero en la cruzada que se desarrolla en Estados Unidos en favor del llamado derecho a morir. La ley aprobada finalmente en Oregón permite a los médicos recetar medicamentos de efectos mortales a petición de pacientes con una enfermedad terminal y con una expectativa de vida menor de seis meses”.²¹⁴

Agrega la entidad antes citada que “Después de años de lucha para que alguien, en algún lugar de Estados Unidos, reconozca el derecho a practicar la eutanasia, en el Estado de Oregón se llevó a cabo el primer suicidio asistido legal de la historia de este país. Una anciana de más de 80 años, con cáncer de mama y una perspectiva de vida de sólo dos meses, murió ayer, tranquilamente, en su casa de Oregón, media hora después de ingerir una dosis mortífera de barbitúricos mezclados con caramelo líquido y brandy”.²¹⁵

Se agrega que “Vermont, en el noreste de Estados Unidos, se convirtió en el tercer estado del país en permitir la eutanasia por médicos, habilitando a los pacientes terminales a solicitar medicación letal. La ley aprobada en Vermont habilita a los pacientes terminales, a los que no les han dado más que seis meses de vida, pedir a sus médicos que les administren dosis letales de drogas para apresurar su muerte. La legislación incluye varias salvaguardias: el requisito de dos opiniones médicas, la opción de una evaluación psiquiátrica y un periodo de espera de 17 días antes de la prescripción para poner fin a la vida”.²¹⁶

4.7 Colombia

Según una publicación de la Universidad del Rosario, con sede en Colombia, “Cada día surgen más voces que están pidiendo una legalización de la eutanasia y su derecho a terminar con un sufrimiento físico prolongado. Hasta ahora esta aceptación es permitida en algunos países, tales como Holanda, Suiza, Bélgica y Estados Unidos”.²¹⁷

²¹⁴ La Nación, La Nación, La eutanasia se hizo realidad en Estados Unidos, Argentina, 1998, disponible en sitio web: <http://www.lanacion.org.ar/91736-la-eutanasia-se-hizo-realidad-en-estados-unidos> fecha de consulta 02/04/2016

²¹⁵ *Loc. cit*

²¹⁶ *Loc. Cit.*

²¹⁷ Universidad del Rosario, Universidad del Rosario, Eutanasia en Colombia y el derecho a morir dignamente, Colombia, 2015, disponible en sitio web: <http://www.urosario.edu.co/Home/Principal/Orgullo-Rosarista/Destacados/Eutanasia-en-Colombia-y-el-Derecho-a-morir-dignamente/> fecha de consulta 02/04/2016.

Se agrega que “Colombia no es la excepción y busca reconocer el derecho al enfermo a rechazar tratamientos extraordinarios y poder morir en paz y con dignidad. Evidentemente para varias de las asociaciones favorables a la eutanasia se trata de un primer paso hacia una situación en la que también se admita el derecho de morir dignamente con aquellos pacientes que solicitan que se ponga fin a su vida”.²¹⁸

Conforme a lo establecido en los párrafos anteriores, el resultado de que Colombia esté en busca de seguir los pasos de Holanda, Suiza, Bélgica y Estados Unidos de América, deviene de un clamor popular con el objeto de encontrar una manera de favorecer a los pacientes con enfermedades terminales, evitando de esa forma, sufrimientos innecesarios que provocan un daño aún más severo en el estado anímico del paciente y el de sus familiares, con el fin enfatizar la dignificación de la persona en la toma de decisiones en relación a su salud.

A la luz de la resolución 1216 en el año 2015 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, “Colombia acaba de convertirse en el primer país de Latinoamérica en reglamentar la eutanasia en casos de enfermedad terminal. Ya en 1997, la Sentencia C-239 que despenalizaba el procedimiento en el país (uno de los más importantes legados de Carlos Gaviria en su paso por la Corte Constitucional), era pionera en el mundo. Sin embargo, desde entonces (y como sucede con el derecho al aborto), muchos médicos se negaban a practicarla argumentado un vacío legal, o peor, una “objeción de conciencia institucional” (un exabrupto, dado que las instituciones no tienen conciencia)”.²¹⁹

Acorde a lo que expresa Ruiz Navarro en la web, El Heraldo, “Dieciocho años estuvo el Congreso colombiano negándose a legislar al respecto, pero este año la Corte emitió la Sentencia T-970 y reiteró que mientras el Congreso no legisle sobre el tema, el Gobierno está obligado a definir los protocolos para garantizarle a la gente el derecho a morir con dignidad en el territorio nacional. Además, le dio al Ministerio de Salud un plazo de 30

²¹⁸ *Loc. Cit.*

²¹⁹ Ruiz Navarro, Catalina, El Heraldo, Eutanasia en Colombia, Colombia, 2015. Disponible en sitio web: <https://www.elheraldo.co/columnas-de-opinion/eutanasia-en-colombia-192736> fecha de consulta 12 de julio de 2017.

días (que ya se cumplieron) para elaborar las directrices para practicar la eutanasia. Esta vez, la Corte señaló de manera clara y distinta que la eutanasia es legal, y que morir dignamente es un derecho fundamental. Qué contento estaría Carlos Gaviria. Ahora, en Colombia, todas las personas adultas con enfermedad terminal podrán acceder al derecho a morir dignamente si así lo desean. La eutanasia solo podrá ser practicada por el médico tratante, necesita un pedido explícito del paciente (que puede retractarse en cualquier momento), el pedido será evaluado por un comité, y el procedimiento de sedación terminal será gratuito. Aunque la objeción de conciencia en los médicos está permitida, las instituciones están obligadas a contar con un médico no-objedor para poder cumplir con los deseos del paciente”.²²⁰

²²⁰ *Loc. Cit.*

CAPÍTULO 5

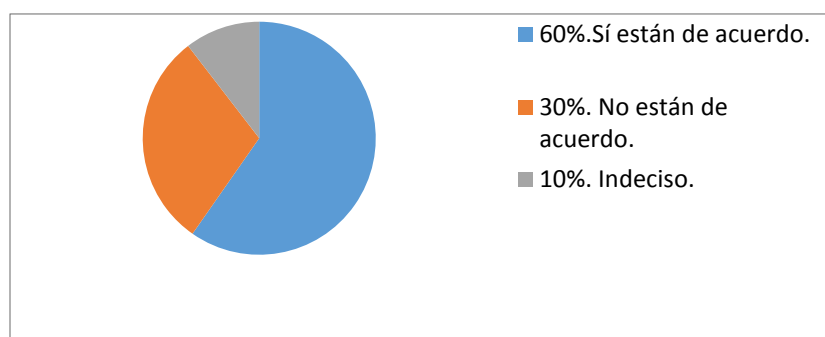
Presentación, análisis y discusión de resultados

Con la finalidad de recabar la mayor información pertinente posible respecto al tema y también para conocer los diferentes puntos de vista de distintos profesionales, se hizo uso de una encuesta dirigida como la herramienta idónea con base a preguntas semiestructuradas. La misma se practicó a profesionales del Derecho, así como a profesionales de Ciencias Médicas, que accedieron a colaborar con lo necesario. Sin embargo algunos de los profesionales consultados para responder la encuesta indicaron que preferían no emitir opinión respecto al tema, abarcando con ello las dos esferas de aplicación que el suicidio asistido y la eutanasia podrían tener de llegar a ser regulados en el ordenamiento jurídico.

La encuesta se elaboró con 8 preguntas semiestructuradas destinadas a obtener la opinión de los profesionales en relación a la eutanasia y el suicidio asistido. Obteniendo respuestas de doce Abogados y Notarios y a ocho Médicos y Cirujanos.

5.1 Respuestas Abogados y Notarios

5.1.1 Primera pregunta. ¿Qué opina usted con respecto a la aplicación que actualmente se realiza en otros países de la Eutanasia en enfermos terminales en los que la enfermedad causa sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares cercanos?



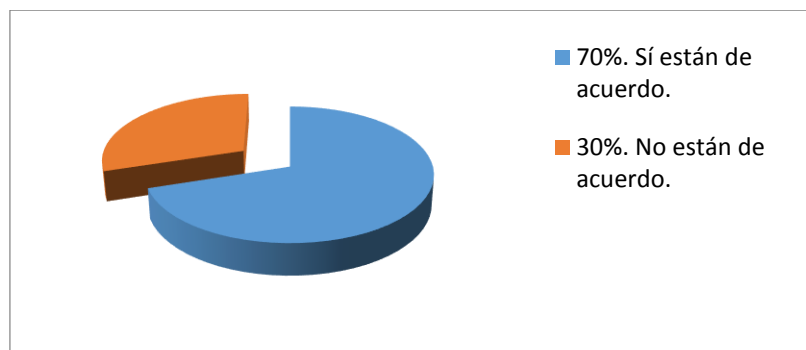
El 60% sí está de acuerdo con la aplicación de la eutanasia que realizan otros países, quienes indican en su mayoría que es una decisión necesaria que el Estado debería regular pues ello puede ayudar a dar una muerte digna a la persona que padece una

enfermedad terminal evitando su sufrimiento y el de sus familiares.

El 30% respondieron de manera negativa al expresar que no están de acuerdo con dicho procedimiento y mencionan motivos religiosos y sociales para justificar su rechazo.

El 10% no se definieron entre estar o no de acuerdo con la práctica de la eutanasia en dichos países.

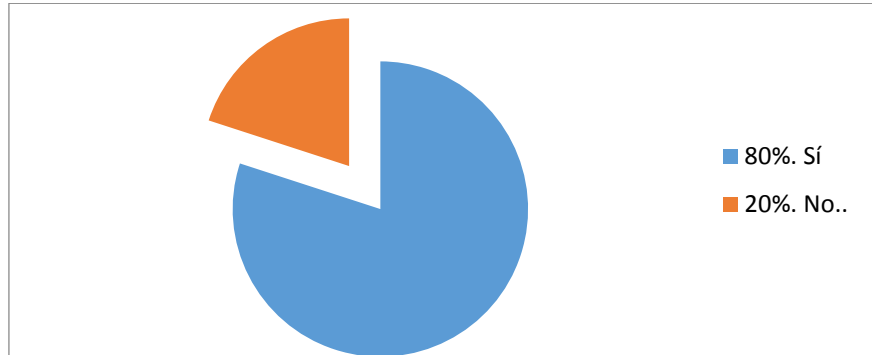
5.1.2. Segunda pregunta. ¿Qué opina usted con respecto a la aplicación que actualmente se realiza en otros países del suicidio asistido en enfermos terminales en los que la enfermedad causa sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares?



El 70% de los encuestados respondieron afirmativamente en que consideran viable la aplicación del suicidio asistido en la cual existe menos intervención del médico y el paciente, a quien se le aplica voluntariamente las sustancias a ingerir.

El 30% indicó que es una manera de poder ponerle fin al sufrimiento de las personas, pero que no creen viable la legalización de dicho procedimiento y que no se encuentran de acuerdo con tan debatida práctica.

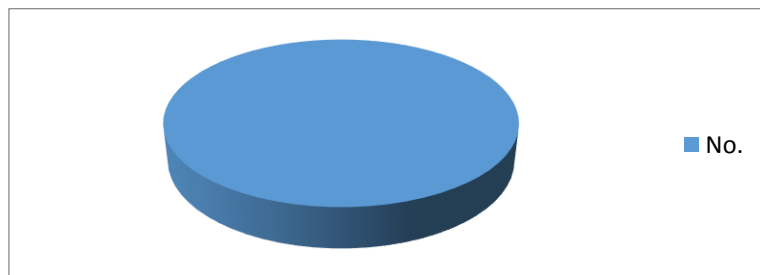
5.1.3. Pregunta tres. ¿Considera que debería ser parte de la función del médico procurar una muerte digna para los pacientes de enfermedades incurables y terminales, que provocan mucho sufrimiento?



El 80% de ellos indicaron que el médico sí debería tener un rol de esa importancia pues es él quien cuenta con los conocimientos necesarios y conoce los síntomas y la evolución de la enfermedad en cada uno de sus pacientes pero para poder hacerlo es indispensable que actué de la mano de su ética profesional y acorde a la enfermedad que se padece.

El 20% de los encuestados indicaron que ésta responsabilidad no debería ser del médico ya que contraviene los fines médicos los cuales consisten en salvar vidas y que ya existen los correspondientes cuidados paliativos.

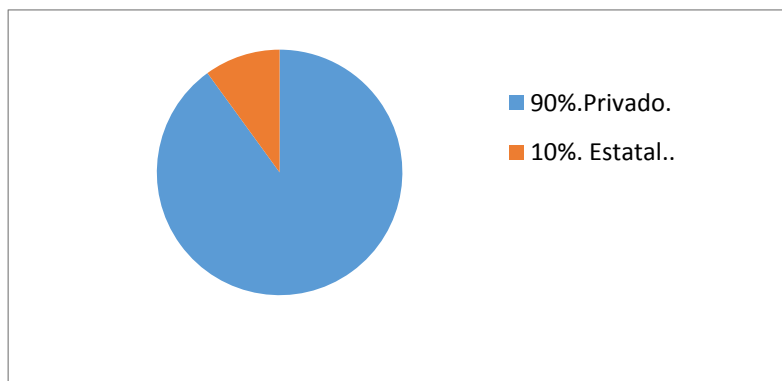
5.1.4. Pregunta cuatro. ¿Piensa que en algún momento del futuro se llegará a regular legalmente la eutanasia y el suicidio asistido en Guatemala?



El 100% de los encuestados consideran que no, por las implicaciones negativas, política y legalmente hablando, para un legislador que se atreviera a proponer tal medida en una

sociedad tan conservadora como la Guatemala. Por otra parte, los encuestados consideraron que no se llegará a regular en un futuro cercano debido a que ya existen los cuidados paliativos que tienen como fin aliviar los sufrimientos de las personas que padecen de alguna enfermedad terminal. Se observa que Guatemala es un país en donde es muy difícil tratar sobre estos temas y mas difícil aun que exista una legislación que pueda tratar lo referente a ello sin embargo con los constantes cambios que últimamente ha sufrido el país se abre una ventana de oportunidad para regular esta figura en la cual deberían permitirlo para que sea el paciente o sus familiares los que tomen la decisión de acuerdo a lo que se considere más favorable a la persona estableciendo parámetros en donde sea factible esta figura y no obligando a nadie a que actúa en contra de sus principios o valores.

5.1.5. Pregunta cinco. ¿Opina que de regularse la eutanasia y el suicidio asistido, podría aplicarlo cualquier médico o solo debería ser función de un ente específico estatal o privado?



El 90% de los encuestados establecieron que debiera de ser un ente específico privado nombrado por una organización o fundación para poder tener un mayor control en cuanto a las prácticas de los mencionados procedimientos.

El 10% de los expertos consideraron que debería de ser función del Estado en el caso de estar regulado, puesto que en el recaería la inspección vigilancia y responsabilidad de los procedimientos llevados a cabo de los resultados y procesos llevados a cabo en su institución.

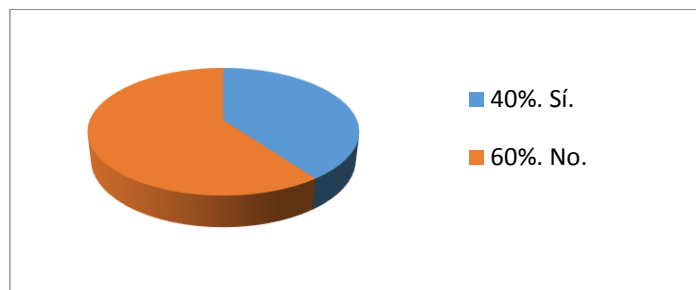
5.1.6. Pregunta seis. ¿Cree que el tener acceso a una muerte digna sin sufrimiento debe considerarse también un derecho humano?



El 40% contestó que sí se debería llegar a considerar como un derecho humano. Se debe respetar la dignidad de la persona hasta el último momento de su vida. Y debe ser decisión del individuo o de sus familiares en qué momento deben concluir procedimientos o tratamientos ineficaces que solamente prolongan el sufrimiento, por lo que el Estado debería de garantizarlo y respetar la decisión.

El 60% de los encuestados contestó que no, pues el derecho a la salud engloba también la aplicación de medidas encaminadas a la consecución de una muerte natural con la asistencia de medicamentos y procedimientos que disminuyan el sufrimiento en casos terminales con el objeto de asegurar y garantizar la vida de las personas como derecho inherente a todo ser humano.

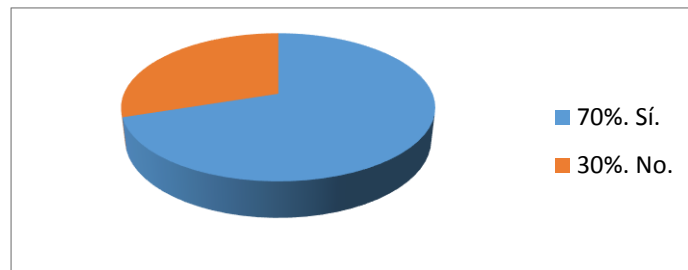
5.1.7 Pregunta siete. El Código Deontológico de Médicos y Cirujanos de Guatemala dentro de su artículo 40, en su parte conducente, establece que “el médico deberá evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando supongan molestias o sufrimiento adicional e innecesario para el enfermo”. ¿No se estaría, de esa manera y bajo ese enunciado, aplicando un tipo de eutanasia pasiva al paciente?



El 40% de los encuestados consideró que bajo el enunciado del artículo enunciado en el Código Deontológico de Médicos y Cirujanos de Guatemala se estaría derivando una de las clasificaciones de la eutanasia, la cual es de tipo pasiva, ya que se omitirían procedimientos innecesarios que provocarían mayor sufrimiento.

El 60% razonaron que no, ya que dicho artículo es una manera de protección de los pacientes contra acciones de falta de ética del profesional médico, y no necesariamente por propiciar una eutanasia pasiva. Este enunciado básicamente llama a la cordura del médico tratante respecto a la congruencia de la terapia hacia un paciente desahuciado y lo que hace es exigir un comportamiento ético de los profesionales de la medicina, pero no promueven otro tipo de acciones.

5.1.8 Pregunta ocho: ¿Ha tenido alguna vez la dura experiencia de tener a un familiar cercano en la etapa final de una enfermedad terminal con mucho sufrimiento?

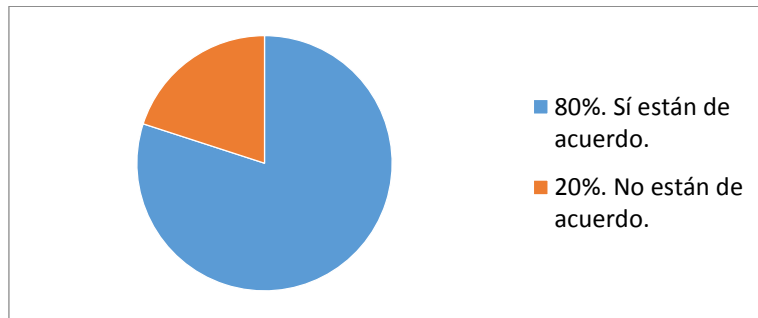


El 70% de los encuestados respondieron que sí habían tenido la experiencia de tener a un pariente con una enfermedad terminal.

El 30% respondieron que no han tenido la experiencia de tener a un pariente en situación de tal magnitud.

5.2 Respuestas Médicos y Cirujanos

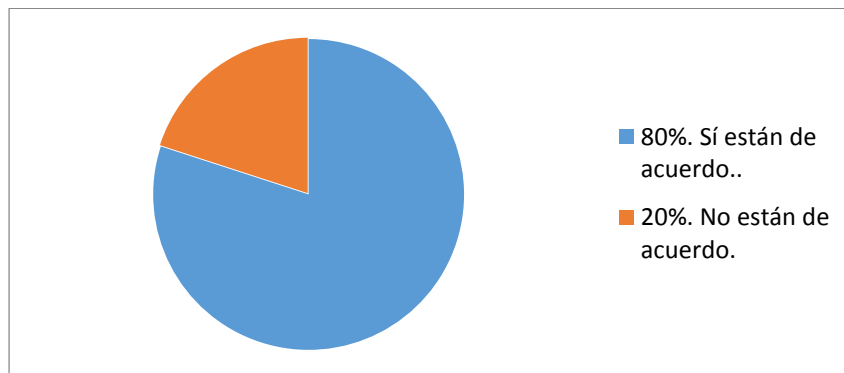
5.2.1 Pregunta Uno ¿Qué opina usted con respecto a la aplicación que actualmente se realiza en otros países de la Eutanasia en enfermos terminales en los que la enfermedad causa sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares cercanos?



El 80% los encuestados concluyeron que sí están de acuerdo y que son políticas públicas que se toman con base en los criterios sociales que se consagran en las costumbres dentro de los países en los cuales se aplican dichos procedimientos.

El 20% consideró que no estaban de acuerdo ya que el sistema de salud guatemalteco no se encuentra en óptimas condiciones para llevar a cabo esta clase de tratamientos e investigaciones.

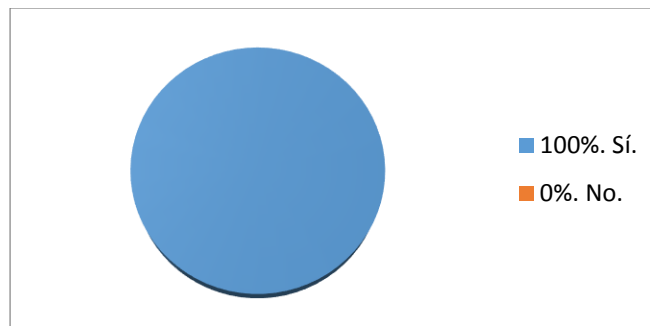
5.2.2. Pregunta dos ¿Qué opina usted con respecto a la aplicación que actualmente se realiza en otros países del suicidio asistido en enfermos terminales en los que la enfermedad causa sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares?



El 80% de los encuestados concordaron que sí están de acuerdo y que las legislaciones de esos países son desarrolladas y liberales, lo que permite que tengan políticas, leyes y prácticas que los países conservadores no podrían llegar a tener en varios años.

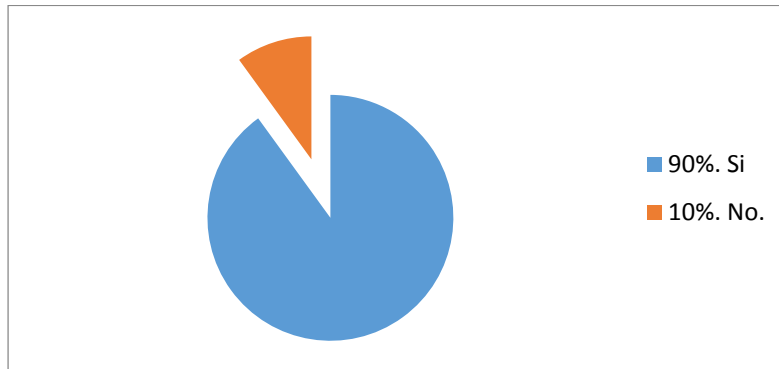
El 20% consideró no estar de acuerdo, ya que se contraviene a la ética médica, pero que se debería de tener en cuenta la última voluntad del paciente.

5.2.3 Pregunta tres ¿Considera que debería ser parte de la función del médico procurar una muerte digna para los pacientes de enfermedades incurables y terminales, que provocan mucho sufrimiento?



El 100% de los encuestados expresaron sí, que el medico tiene o debería de tener la función de procurar una muerte digna en los pacientes con enfermedad terminal, siempre y cuando no se vulnere el derecho del consentimiento informado y que todo sea apegado a las leyes que se tendrían que implementar en Guatemala.

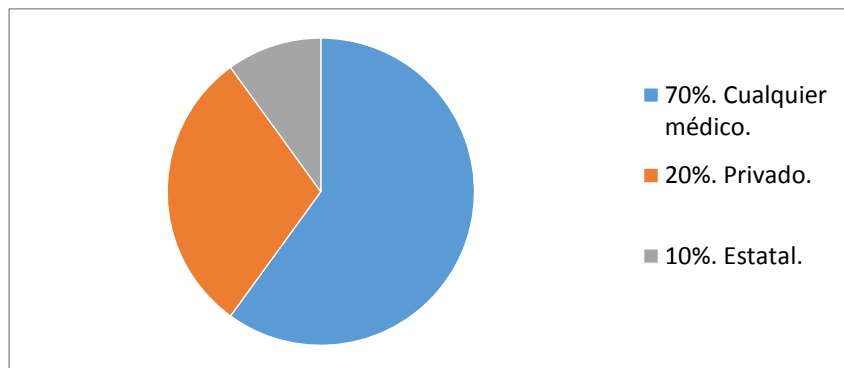
5.2.4 Pregunta cuatro ¿Piensa que en algún momento del futuro se llegará a regular legalmente la eutanasia y el suicidio asistido en Guatemala?



El 90% de los encuestados indicaron que sí, ya que debido a las circunstancias actuales de la sociedad hacen que haya cada vez más pacientes con diversos tipos de cáncer en etapas terminales con mucho sufrimiento asociado, además de otras enfermedades neurológicas y de otro tipo por lo que con el transcurso del tiempo Guatemala se verá en la necesidad de implementar dichos procedimientos.

El 10% argumentaron que no se encuentra próxima tal legalización debido a que es deber del Estado garantizar la vida y la salud.

5.2.5 Pregunta cinco ¿Opina que de regularse la eutanasia y el suicidio asistido, podría aplicarlo cualquier médico o solo debería ser función de un ente específico estatal o privado?



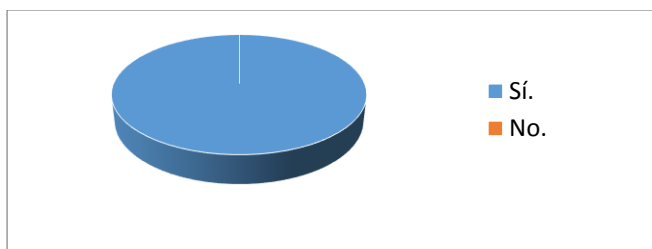
El 70% de los encuestados recabaron que debería de ser función esencial del médico,

practicar dichos procedimientos, pero siempre bajo la inspección y vigilancia para no privatizar con ánimo de lucro el fin que persigue la utilización de la eutanasia y el suicidio asistido.

El 20% concordaron en que dichos procedimientos deberían de ser llevadas a cabo en organizaciones privadas especializadas.

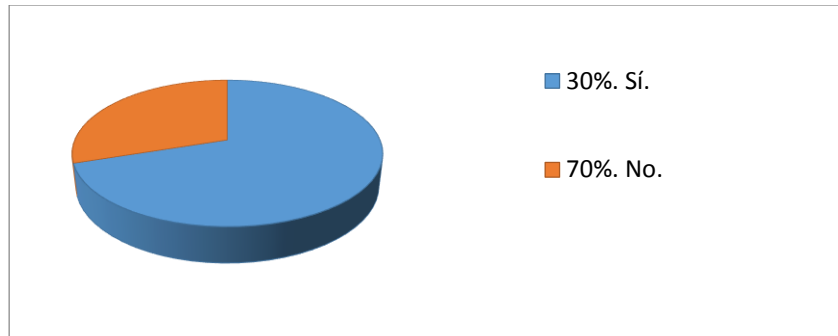
El 10% indicaron que debería de ser llevado a cabo por un ente estatal para no privatizar el derecho a la eutanasia y el suicidio asistido y de esa manera no excluir a las personas que no pueden pagar dichos procedimientos.

5.2.6 Pregunta seis ¿Cree que el tener acceso a una muerte digna sin sufrimiento debe considerarse también un derecho humano?



El 100% de los encuestados indicaron que tanto la vida como una muerte digna debe de ser considerado como un Derecho Humano, contemplando la libertad del paciente, la conciencia y el consentimiento informado.

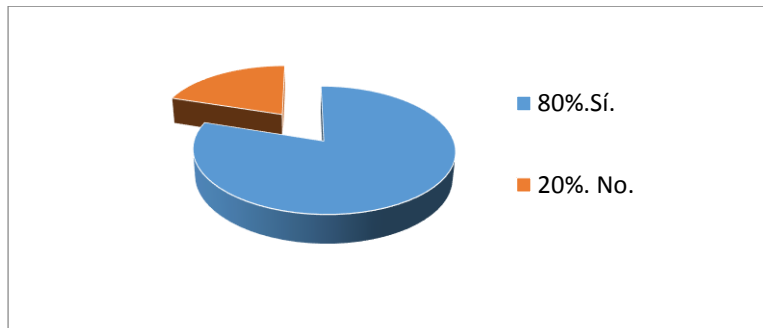
5.2.7 Pregunta siete El Código Deontológico de Médicos y Cirujanos de Guatemala dentro de su artículo 40, en su parte conducente, establece que “el médico deberá evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando supongan molestias o sufrimiento adicional e innecesario para el enfermo.” ¿No se estaría, de esa manera y bajo ese enunciado, aplicando un tipo de eutanasia pasiva al paciente?



El 30% respondieron que sí., dentro de las definiciones de la eutanasia se encuentra una derivación de la misma que se conoce como eutanasia pasiva, y que si se llegare a realizar un análisis profundo se podría decir que esa normativa contempla una acción eutanásica pasiva.

El 70% concordaron que no, solamente establece una postura de comportamiento ético profesional y hace alusión a los comportamientos que debe acatar el profesional de la medicina para no obstinarse en procedimientos y maniobras innecesarias o inútiles.

5.2.8 Pregunta ocho ¿Ha tenido alguna vez la dura experiencia de tener a un familiar cercano en la etapa final de una enfermedad terminal con mucho sufrimiento?



El 80% de los encuestados indicaron que sí habían tenido la dura experiencia de haber tenido un familiar padeciendo de alguna enfermedad terminal.

El 20% de los encuestados respondieron que no han atravesado tal situación.

5.3 Discusión de resultados

Con base en las respuestas emitidas por los profesionales de las ciencias Jurídicas y Sociales como a los profesionales de las Ciencias Médicas, resultó que debido a los distintos enfoques que cada profesión tiene, se obtuvieron distintos resultados a una serie de preguntas realizadas para recabar mayor información en relación a la eutanasia y el suicidio asistido.

Los rasgos más característicos en cuanto a las respuestas dadas por los profesionales quedó evidenciado en el momento en que la eutanasia y el suicidio asistido fueron tomados en cuenta desde dos perspectivas diferentes, ya que por un lado, la mayoría de los profesionales del Derecho no consideraban viable la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido dentro del marco jurídico guatemalteco invocando motivos tales como los derechos consagrados dentro de la Constitución Política de la República de Guatemala, así como el conjunto de normas regulado dentro del Código Penal, las cuales tipificaban expresamente la conducta antijurídica en la cual recaerían las personas que llevaran a cabo tales actos.

Con una visión distinta, los profesionales de la medicina obtuvieron resultados muy distintos a los Abogados, debido a que según los médicos y cirujanos encuestados están a favor en su totalidad de considerar la eutanasia y el suicidio asistido como un derecho Humano que todo paciente debería de tener con el objeto de no sufrir innecesariamente de dolencias padecidas a causas de alguna enfermedad incurable y que el médico tiene o debería de tener la función de procurar una muerte digna en los pacientes con enfermedad terminal, siempre y cuando no se vulnere el derecho del consentimiento informado y que todo sea apegado a las leyes que se tendrían que implementar en Guatemala

Si bien es cierto que hubo profesionales que no estaban de acuerdo con los procedimientos de la eutanasia y el suicidio asistido regulados en otros países, llegaron a considerar que la muerte digna debería de ser establecido como un Derecho Humano, en base al desarrollo e integridad de la persona respetando su libertad de decisión y

acoplándose a los procedimientos legales respectivos, así como de los cuidados paliativos correspondientes con el fin de no otorgar una concepción errónea en cuanto a la aplicabilidad de los casos que pueden llegar a ser sometidos a dichos procedimientos.

Otro de los aspectos relevantes en cuanto a los resultados obtenidos con base en las respuestas de los profesionales, fue que la mayoría de los encuestados que creían que la eutanasia y el suicidio asistido deberían de ser consideradas como un Derecho Humano también dependió de la dura experiencia de haber tenido a un familiar padeciendo alguna enfermedad incurable acompañada de mucho sufrimiento al final de la vida.

En este momento en Guatemala los conceptos de la eutanasia y el suicidio asistido no caben dentro del orden jurídico guatemalteco ya que se les oponen los artículos 3 Constitucional, el cual protege la vida humana desde el momento de la concepción, así como la integridad y seguridad de las personas, siendo éste, su fin supremo: el artículo 123 del Código penal el cual tipifica el delito de homicidio: el artículo 128 del Código Penal que establece el delito de la inducción o ayuda al suicidio; y el artículo 132 del Código Penal, el cual tipifica el delito de asesinato.

No obstante, es posible que cuando el orden social guatemalteco se estabilice, surja el clamor popular por la eutanasia y el suicidio asistido, tal como sucedió en otros países que con el paso del tiempo formaron parte de su ordenamiento jurídico, pero no se puede predecir en qué momento sucederá. Así mismo como lo señalaron los médicos, el aumento de pacientes con cánceres puede motivar ese clamor en un momento determinado.

CONCLUSIONES

1. El Estado de Guatemala protege la vida del ser humano desde el momento de la concepción, por lo cual, en este momento, no hay cabida en el ordenamiento jurídico para la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido, debido a la vigencia del Artículo 3 de la Constitución Política de la República de Guatemala y las penas correspondientes establecidas dentro de los artículos 123, 128 y 132 del Código Penal, relativos a los delitos de homicidio, asesinato y la inducción o ayuda al suicidio.
2. En la legislación guatemalteca, no se contemplan expresamente como delitos la eutanasia y el suicidio asistido, a diferencia de El Salvador, Costa Rica, Bolivia, Paraguay, Perú y Uruguay, en los que sí se refiere a la eutanasia y el suicidio asistido expresamente como tipos penales.
3. Al momento actual no hay en Guatemala iniciativas de ley ni propuestas de organizaciones diversas en favor de la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido para ayudar a personas en estado terminal de enfermedades que provocan extremo sufrimiento físico.
4. Los países que tiene regulada la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido son: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Estados Unidos de América en los Estados de Oregón, Vermont, Washington, California y Colombia.
5. El 60% de los abogados y el 80% de los médicos, manifestaron estar de acuerdo con la aplicación de la eutanasia que se hace en otros países.
6. El 70% de los abogados y el 80% de los manifestaron estar de acuerdo con la aplicación del suicidio asistido que se hace en otros países.
7. El 80% de los abogados y el 100% de los médicos consideraron que debe ser función del médico procurar la muerte digna de sus pacientes.

8. El 100% de los abogados y el 10 % de los médicos, opinaron que en el futuro no se llegará a regular la eutanasia y el suicidio asistido en Guatemala.
9. En caso de que en algún momento futuro se implantara la eutanasia y el suicidio asistido, su aplicación debería a estar a cargo de un ente privado según el 90% de los abogados, y 10% opinaron que un ente estatal. Según los médicos, 70% opinaron que cualquier médico, 20% un ente privado y 10% un ente estatal.
10. La mayoría de los médicos consideran que en futuro se regularán la eutanasia y el suicidio asistido en Guatemala, la totalidad de los abogados opinaron que no.
11. El 100% de los médicos consideran que el acceso a una muerte digna se debe considerar un derecho humano, El 60% de los abogados opinaron que no.
12. En cuanto a que se debe considerar a la muerte digna sin sufrimiento, como un derecho humano, el 40% de los abogados opinaron que sí y los médicos el 100%.
13. En cuanto a considerar que el Artículo 42 del Código Deontológico, coincide con la eutanasia pasiva, señalaron que no, el 60% de los abogados y el 70% de los médicos.
14. El 70% de los abogados reportaron haber tenido la dura experiencia de tener un familiar cercano en la etapa final de una enfermedad terminal con mucho sufrimiento físico, los médicos señalaron un 80% en este sentido.

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se le recomienda crear una Unidad Nacional de Cuidados Paliativos, para atender a las personas que están en fase terminal de una enfermedad, especialmente cuando ésta les provoca considerable.
2. A los estudiantes e investigadores del país se les recomienda realizar estudios al respecto de los temas de la Eutanasia y el suicidio asistido, para conocer con una mayor amplitud la postura de la población del país y poder tener una idea de la visión que Guatemala como país tiene del tema, tomando en consideración que cada vez más hay personas sufriendo por enfermedades terminales, tal como lo señalan los médicos.
3. A la población en general y al conglomerado universitario, se les recomienda conocer y dialogar sin temor sobre este tema, que es uno de los muchos tabúes que hay en nuestra sociedad, y que poco a poco van llegando a ser objeto de debate nacional, como los derechos de los grupos llamados LGBT (Lesbianas, Gays, bisexuales y Transgénero o Transexuales), la legalización de las drogas, la pena de muerte, el derecho al aborto de parte de las mujeres, etcétera.

REFERENCIAS

BIBLIOGRFICAS

Acevedo Acosta, José. *Dilemas bioéticos: memorias del primer encuentro de bioética*, México, Editorial Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2007.

Alburquerque Eugenio, *Bioética, una apuesta por la vida*, Madrid España, editorial ccs, 2006.

Álvarez Vélez, María Isabel. *La familia ante la enfermedad*, España, Editorial Universidad Pontificia Comillas, 2010.

Bonete Perales, Enrique. *¿Libres para morir?: en torno a la tanato-ética*, España Editorial Desclée de Brouwer, 2004.

Blázquez Fernández, Niceto, *Bioética, la nueva ciencia de la vida*, España. Editorial Biblioteca de Autores Cristianos, 2000.

Cabanellas, Guillermo. *Diccionario enciclopédico de derecho usual*. Buenos Aires Argentina: Ed. Heliasta, S. R. L., 1979.

Cano Valle, Fernando. *Bioética: temas humanísticos y jurídicos*, México: Instituto de Investigaciones Jurídicas - UNAM, 2010.

Castillejo Cuellar, Alejandro. *Raza, alteridad y exclusión en Alemania durante la década de 1920*. Colombia: Red Revista de Estudios Sociales, 2009.

De León Velasco, Héctor Aníbal y José Francisco de Mata Vela, *Derecho Penal guatemalteco. Guatemala*. Ed. Magna Terra Editores, 2010.

Elizari Javier, *Bioética, teología moral y sociedad*. España: Universidad Pontificia Comillas, 2014.

Elizari Basterra, Javier, *Bioética*, Madrid España, editorial San Pablo, 1991, segunda edición.

Ferrer Jorge, Juan Carlos Álvarez, *Para fundamentar la bioética*, España, editorial desclée de brouwer, 2003.

Ferrer, Jorge José, *Sida y Bioética: de la autonomía a la justicia*, Madrid España. Ed. Universidad Pontificia Comillas Madrid, 1997.

Ferrer, Jorge José, *Sida y Bioética: de la autonomía a la justicia*, Madrid España. Ed. Universidad Pontificia Comillas Madrid, 1997.

Forsythe. David P. *Derechos Humanos y Política Mundial*, Buenos Aires Argentina, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1988.

Gallo Armosino, Antonio, *Mis valores Adultos*, Guatemala, Guatemala, Ed. Cara Parens, 2012

García Bauer, Carlos. *Los Derechos Humanos Preocupación Universal. Guatemala*, editorial universitaria, 1960.

Gispert Cruells, Jorge. *Conceptos de bioética y responsabilidad médica (3a. ed.)*. México, Editorial El Manual Moderno, 2005.

Gutiérrez Sáenz, Raúl. *Introducción a la ética*. México Distrito Federal, México: Ed. Esfínger, 1998.

Gutiérrez, Javier, *Eutanasia activa en pacientes terminales*, Colombia, Editorial Red Colombia Médica, 2006.

Gutiérrez, Javier. *Eutanasia activa en pacientes terminales*, Colombia, Editorial Red Colombia Médica, 2006.

Guzmán Sabogal, Yahira Rossini. *Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. Persona y Bioética*, Vol. 10, Colombia, Editorial D - Universidad de La Sabana, 2006.

Heras García, Manuel Ángel de las. *Estatuto ético-jurídico de la profesión médica*. Tomo II, España, Editorial Dykinson, 2006.

Jiménez de Asua, Luis. *Libertad de amar y derecho a morir*. Buenos Aires, Argentina:Ed. De Palma, 1984.

Kraus, a. y Álvarez, A. *La eutanasia. México Distrito Federal*, México: Ed. Conaculta, 1999.

Labombarda, Pablo Martín. *El derecho y la bioética frente a la anencefalia*, Argentina, Editorial Librería Editora Platense S.R.L, 2010.

Lucas Lucas, Ramón, *Explícame la Bioética*, Madrid España, Ediciones Palabra S: A, 2008, Segunda edición.

Manguirre, Daniel C. *La muerte libremente elegida*. Santander, España: Ed. Sal Térrea, 1975.

NORMATIVAS

Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente. 1985. Y sus reformas.

Congreso de la República. Código Penal. Decreto 17-73 y sus reformas.

Congreso de la República, Código de Salud, Decreto 90-97 y sus reformas.

Asamblea General de del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y sus reformas.

Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador. Código Penal de El Salvador. Decreto No1030 y sus reformas.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Código Penal de Costa Rica. Decreto No 4573 y sus reformas.

Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura Código Penal Para el Distrito Federal de México y sus reformas.

Asamblea Legislativa del Estado Plurinacional de Bolivia. Código Penal de Bolivia. Decreto Ley No. 10426 y sus reformas.

Asamblea Legislativa de la República de Bolivia, Código Penal Decreto Ley 10426 y sus reformas.

El Congreso de la Nación Paraguaya, Código Penal Ley No. 1.160/97 y sus reformas.

Congreso Nacional del Perú, Código Penal Decreto Legislativo No 365 y sus reformas.

Congreso de la Nación de Uruguay, Código Penal Ley No 9.155 y sus reformas.

ELECTRONICAS

Marlasca, Antonio, *Introducción a la Bioética*, Guatemala, editorial universitaria 2008.
<http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

McGraw, Jason. *Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial de la periferia del caribe colombiano, 1900-1930*, Colombia, Editorial B - Universidad de los Andes Colombia, 2009.
<http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

Méndez Baiges, Víctor y Héctor Claudio Silveira Gorski, *Bioética y derecho*. Madrid, España, Editorial UOC, 2007.
<http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

Merchán Price, Jorge, *La eutanasia no es un acto médico, Persona y Bioética*, 2008, Colombia Editorial D - Universidad de La Sabana, 2008.
<http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

Merchán-Price, Jorge. *La eutanasia no es un acto médico*, Colombia, Editorial D - Universidad de La Sabana, 2009 <http://www.e-libro.com/> (Argentina, 1945-1980).

Derecho y Ciencias Sociales, Argentina, Editorial Red Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica, 2010. h <http://www.e-libro.com/>

Monge, Miguel Ángel. *Sin miedo: cómo afrontar la enfermedad y el final de la vida*, España, Editorial EUNSA, 2009. <http://www.e-libro.com/>

Montalvo Jääskeläinen, Feferico de. *Muerte digna y constitución: los límites del testamento vital*, España, Editorial Universidad Pontificia Comillas, 2009. <http://site.ebrary.com>

Montes, Luis, Marín, Fernando, Pedrós Soler Fernando, *Qué hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya exigencia de una muerte digna*, España, Editorial Ediciones Akal, 2012. <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

Ossorio, Manuel. *Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Adiestra S.R.L., 1994.

<http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

Pérez Varela, Víctor Manuel. *Eutanasia: ¿piedad? ¿delito?*. México Distrito Federal, México: Ed. Jus, 1989. <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

Pinto Rodríguez, María Elena. *Suicidio juvenil: sociología de una realidad social*, España, Universidad Complutense de Madrid, 2008. <http://site.ebrary.com/lib/elibrorafaelandivarsp/home.action>

Poggio, Pier Paolo. *Nazismo y revisionismo histórico*, España, Editorial Akal, S.A., 2006. <http://site.ebrary.com>

Quevedo Caicedo, Jaime. *Eutanasia vs. el derecho de morir feliz*, Colombia, Editorial Red Colombia Médica, 2006. <http://site.ebrary.com>

Ramírez López, Gabriel, *El dilema ante la muerte, ¿Qué opinan las enfermeras?* México, Editorial Red Investigación en Salud, 2006. <http://site.ebrary.com>

Rivera Navarro, Jesús, y Sandra Elizabeth Mancinas Espinoza. *El anciano ante la muerte: análisis del discurso en el noreste de México*. Estudios Sociológicos, México, Editorial El Colegio de México, A.C., 2010. <http://www.e-libro.com/>

Rodríguez-Arias, David. *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia*, España, Editorial Desclée de Brouwer, 2005. <http://site.ebrary.com>

Roman Flecha, José, *La fuente de la vida manual de bioética*, Salamanca, ed. Sigüeme S.A, 1999. <http://site.ebrary.com>

Romero Villar, José Rodolfo, *Eutanasia una amenaza ante el crecimiento de la población geriátrica*, Argentina, Editorial El Cid, 2009 <http://site.ebrary.com>

Serrano Ruiz Calderón, José Miguel, *La eutanasia*, España, Editorial EIUNSA, 2008. <http://site.ebrary.com>

Serrano Ruíz-Calderón, José Miguel, *Retos Jurídicos de la Bioética*, Madrid España, Ediciones Internacionales Universitarias S.A, 2005 <http://site.ebrary.com>

Tamayo, Juan José. *Bioética y religión*, España, Editorial Dykinson, 2008. <http://site.ebrary.com>

Vidal, Marciano, *Estudios de Bioética Racional*, España, Editorial Tecnos S.A, 1994. <http://site.ebrary.com>

Vila-Coro, María Dolores. *La bioética en la encrucijada: sexualidad, aborto, eutanasia (2a. ed.)*. España, Editorial Dykinson, 2008. <http://site.ebrary.com>

Torre Díaz, Javier de la. *Dignidad humana y bioética*. España. Editorial Universidad Pontificia Comillas, 2007. <http://site.ebrary.com>

Tealdi, Juan Carlos. *Bioética de los derechos humanos: investigaciones biomédicas y dignidad humana*. México. Editorial Instituto de Investigaciones Jurídicas - UNAM, 2010. <http://site.ebrary.com>

Molina López, Javier A. *La dignidad humana en el transcurso de la vida, una reflexión desde la bioética*. Argentina. Editorial El Cid Editor, 2009. <http://site.ebrary.com>

OTRAS REFERENCIAS

Vilches S., Liliana, *Sobre la eutanasia*, Chile, Editorial Red Revista de Psicología, 2005.



ANEXO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales
Estudiante: Otto Rodrigo Reyes Villacorta Carné:1196611
Asesor: Mgtr. Mario Roberto Iraheta Monroy

FORMATO DE ENCUESTA DE OPINIÓN PARA MÉDICOS Y ABOGADOS

Título del trabajo de tesis: “Incidencia de los artículos 128 y 132 del Código Penal en relación a la falta de regulación de la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido”.

Instrucciones: La presente encuesta se realizada con fines exclusivamente ACÁDEMICOS, por lo tanto, la información resultante de la misma será manejada con estricta confidencialidad y los criterios u opiniones serán utilizados para lo que corresponda dentro de la investigación que se efectúa. Agradezco su amable participación.

Profesión: _____ Sexo: M ____ F _____ Edad: 20-40, ____ 40-60 _____

Más de 60 _____ Lugar de trabajo: Privado _____ Estatal _____ Ambos: _____

A. ¿Qué opina usted con respecto a la aplicación que actualmente se realiza en otros países de la Eutanasia en enfermos terminales en los que la enfermedad causa sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares cercanos?

B. ¿Qué opina usted con respecto a la aplicación que actualmente se realiza en otros países del suicidio asistido en enfermos terminales en los que la enfermedad causa sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares cercanos?

- C. ¿Considera que debería ser parte de la función del médico procurar una muerte digna para los pacientes de enfermedades incurables y terminales, que provocan mucho sufrimiento?
- D. ¿Piensa que en algún momento del futuro se llegará a regular legalmente la eutanasia y el suicidio asistido en Guatemala?
- E. Opina que de regularse la eutanasia y el suicidio asistido, podría aplicarlo cualquier médico o solo debería ser función de un ente específico estatal o privado?
- F. ¿Cree que el tener acceso a una muerte digna sin sufrimiento debe considerarse también un derecho humano?
- G. El Código Deontológico de Médicos y Cirujanos de Guatemala dentro de su artículo 40, en su parte conducente, establece que “el médico deberá evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando supongan molestias o sufrimiento adicional e innecesario para el enfermo.”. ¿No se estaría, de esa manera y bajo ese enunciado, aplicando un tipo de eutanasia pasiva al paciente?

H. ¿Ha tenido alguna vez la dura experiencia de tener a un familiar cercano en la etapa final de una enfermedad terminal con mucho sufrimiento? Sí _____ No _____