

El suicidio asistido y la eutanasia: una visión de Derechos Humanos

Artículo de Revisión

Assisted suicide and euthanasia: a human rights perspective

Edmundo Denis-Rodríguez ¹, José Alfredo Gómez-Reyes ²

RESUMEN

El suicidio asistido y la eutanasia son entidades relacionadas el binomio vida-muerte y que, por su naturaleza, tienen implicaciones médicas, fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales. En algunos países son conductas permitidas bajo ciertos lineamientos, no así en la mayor parte del territorio mexicano; su análisis debe partir del entendimiento de dos derechos fundamentales del hombre: el derecho a la libertad y el derecho a la vida.

Palabras Clave: Derechos Humanos, Eutanasia, Suicidio, Dignidad Humana

SUMMARY

Assisted suicide and euthanasia are related to life and death; as such, they have medical, physiological, psychological, social and cultural implications. In some countries, assisted suicide and euthanasia are legal under some circumstances but in Mexico it is not the case. Criminal policies should be based on two different human rights: Freedom and Life.

Keywords: Human Rights, Euthanasia, Suicide, Human Dignity

Recibido: 25 Agosto 2017, Aceptado: 18 septiembre 2017, Publicado: 15 Enero 2017

¹ Doctor en Ciencias Forenses, Instituto de Medicina Forense, Universidad Veracruzana

² Doctor en Derecho, Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Veracruz

Corresponding author: Edmundo Denis-Rodríguez, eddenis@uv.mx

INTRODUCCIÓN

El suicidio asistido y la eutanasia son tópicos que recientemente han generado gran interés entre la comunidad médica, legislativa y la sociedad en general, no solo por ser una realidad ineludible, sino por su impacto en los derechos humanos no solo del paciente, sino de todos los que lo rodean.

Es común que surja cierta confusión entre dos términos que pudieran parecer sinónimos: suicidio asistido y eutanasia; sin embargo, la eutanasia se refiere a “todo acto deliberado realizado por un individuo con la intención de quitar la vida de otro individuo y eliminar su sufrimiento” (Lavery, 1997, 1405). Desde esta perspectiva, la eutanasia puede ser voluntaria o no voluntaria, dependiendo de la competencia del fallecido, la compatibilidad del acto con sus deseos personales y la capacidad del fallecido para comprender los alcances del acto (Varelius, 2016).

Por otro lado, el suicidio asistido se define como “el acto de privarse voluntariamente de la vida con la asistencia de otro individuo que le proporciona los conocimientos o los medios para ello” (Lavery, 1997, 1406); una variedad del suicidio asistido, es aquella en la que un médico es quien proporciona los conocimientos o medios para tal fin.

De acuerdo con lo anterior, como comenta Rodríguez Soriano (2015, 466): “la diferencia entre una y otra práctica radicaría en el sujeto que realiza la acción. En la eutanasia, una persona diferente al paciente es el agente activo y en el suicidio asistido el paciente es sujeto activo. Es, por

eso mismo, que en este último caso se habla de un suicidio. A pesar de las posibles diferencias entre el suicidio médicamente asistido y la eutanasia, ambos fenómenos refieren a un contexto de atención médica inmerso en el derecho humano a la salud, lo que supone que tienen como punto de referencia la situación médica.

Existe una gran variabilidad en la definición precisa de las prácticas médicas realizadas al final de la vida. Por ese motivo, es necesario contar con una clasificación de uso internacional. En términos generales, se aceptan tres categorías (Chao, 2013):

- Suspensión de tratamientos que podrían prolongar la vida
- Uso de fármacos para el manejo paliativo del sufrimiento y la agonía, aun cuando dichos fármacos pudieran causar la muerte del paciente.
- Uso intencional de un fármaco mortal.

Cada una de estas categorías debe determinar, a su vez, si son practicadas como un acto voluntario o escrito del paciente, como un acto voluntario anticipado de un paciente inconsciente, como un acto autorizado por el responsable legal de un paciente inconsciente o como un acto realizado en contra de la voluntad de un paciente o su responsable. Es evidente que las implicaciones legales de dichos actos dependerán considerablemente de la categoría individual en que se encuentren.

En fecha reciente, se ha sometido a debate el papel que un médico o cualquier

otro profesional de la salud pudieran desempeñar en el deseo intencional de un individuo al privarse de la vida. El debate gira especialmente en el grado de aceptación de la sociedad y las implicaciones éticas, legales y de política criminal que originaría su aceptación colectiva. En el presente ensayo analizaremos el tema desde el punto de vista de la política criminal.

1.- EL DERECHO HUMANO A LA VIDA, LA SALUD Y A EVITAR EL DOLOR

Para hablar de muerte, de eutanasia o del suicidio antes debemos abordar el derecho humano a la vida y la obligatoriedad por parte del Estado de protegerla, para que con ello entendamos el porqué de los tipos penales que castigan todo acto que atente contra este Derecho.

Desde el punto de vista jurídico el Máximo tribunal Jurisdiccional Mexicano en su jurisprudencia 13/2002 ha establecido que “la vida humana se constituye en el derecho por excelencia, en el derecho preeminente sin el cual no tienen cabida los demás derechos fundamentales; constituye el presupuesto lógico de éstos” así como la Constitución Mexicana “protege el derecho a la vida de todos los individuos, pues los contempla como un derecho fundamental, sin el cual no cabe la existencia ni disfrute de los demás derechos”.

A nivel internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en casos como niños de la calle y Masacre de Pueblo Bello, ha establecido que el derecho a la vida juega un papel fundamental en la Convención Americana de Derechos Humanos (art. 4), por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos. Por ello, cada

autoridad que representa al Estado tiene la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que cualquier persona atente contra él. La observancia del artículo 4, relacionado con el artículo 1.1 de la referida Convención Americana, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas sin discriminación alguna.

Es por lo anterior, que la decisión de terminar con la vida bajo cualquiera de los temas aquí analizados debe implicar no solo un juicio de valor, sino también de razonabilidad en el que se determine si la medida es proporcional, idónea, racional y necesaria con el fin buscado.

Para la Organización Mundial de la Salud, ésta implica un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Como tal, todo individuo tiene el derecho a gozar el grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción o discriminación alguna.

Así mismo, tal Derecho implica a su vez una obligación de las autoridades que representan al Estado a tomar todas aquellas medidas posibles para efecto de anular el dolor en el paciente.

En ese sentido, y atendiendo a que si partimos que el Estado se encuentra obligado a proteger la vida, la salud y a evitar el dolor o sufrimiento ¿Qué

debemos hacer frente a un escenario en el que confluyen todos estos elementos y lo único que queda es la voluntad del paciente o de sus familiares?

La respuesta aunque fácil, es más compleja de lo que parece, pues bien valdría cuestionar si la persona que toma la decisión de ya no sufrir o sentir más dolor se encuentra en el estado de conciencia necesario o requerido para efectos de tomar por sí mismo tal determinación, o por su situación como paciente su consentimiento se encontraría afectado; o qué pasa en aquellas situaciones en donde el que la debe tomar es el familiar más cercano y preguntarse si él puede optar por los derechos humanos de un tercero.

Por esta y otras razones no solo urgen legislaciones que aborde y delimiten tal actuar, sino la conciencia y cultura de cada individuo sobre estos temas de suma importancia.

2.- LA PENALIDAD DEL SUICIDIO

Antes de abordar los aspectos legales y políticos de la eutanasia y el suicidio asistido, debemos analizar brevemente algunos aspectos legales en relación al suicidio como una entidad individual.

Etimológicamente, el término suicidio se refiere a “causarse la muerte a sí mismo”. Los fundamentos éticos y legales del suicidio han sido abordados desde hace más de 20 siglos. Han surgido diversas preguntas: ¿el ser humano tiene derecho a renunciar a la vida?, ¿puede castigarse aquel que atenta contra su vida? Aunque en la antigüedad, el intento de suicidio era sancionado de diversas maneras, en la época actual constituye una conducta no castigada.

La discusión ética y legal del suicidio parte de uno de los logros que el hombre como entidad colectiva ha logrado en la época actual: el reconocimiento de los derechos humanos. Dentro de ellos, uno de los más importantes es el “derecho a la vida” y en este sentido, el suicidio pudiera ser representado como una entidad que va en contra de ese mismo derecho, aun cuando sea el mismo individuo quien decide privarse de él.

En el caso específico del suicidio, el derecho a la vida se encuentra en contraposición a otro derecho humano como lo es el “derecho a la libertad”, en la que cualquier individuo puede tomar la libre decisión de privarse de la vida si así lo considera conveniente; no todos los autores están de acuerdo en que el derecho a la libertad también implica el derecho a decidir la forma y el momento en que un individuo debe morir, por lo que sugieren que debe contarse con elementos legales y políticos que restrinjan el derecho a la libertad en aquellos casos en los que se atenta contra la vida (Rodríguez, 2015).

Algunos autores argumentan que el suicidio no puede castigarse ni sancionarse de ninguna forma, tomando en cuenta el precepto de que cada individuo es dueño de su propia vida y, por consiguiente, tiene la potestad de sus decisiones individuales (Monacelli, 2016). Aquellos que consideran que el suicidio es castigable o sancionable fundamentan sus ideas en el hecho de que cada individuo es una unidad perteneciente a un colectivo llamado sociedad; por consiguiente, si actúa contra su propia vida e integridad estaría lesionando los intereses de la sociedad como un todo (Sulmasy, 2016).

Tomar partido hacia una u otra postura se fundamenta el entender el papel

que el Estado tiene sobre el derecho de los individuos. Al Estado se le puede asignar el derecho sobre la vida de las personas y la defensa de su integridad física en contra de las agresiones realizadas por otros miembros de la comunidad; lo cuestionable es su derecho sobre un individuo en particular, independiente de su relación con otros como una colectividad.

3.- BIOÉTICA DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Cuando se abordan temas bioéticos como la eutanasia y el suicidio asistido, resulta infrecuente encontrar referencias bibliográficas que tengan un carácter totalmente neutral e imparcial. Algunos consideran que el suicidio asistido y la eutanasia deben ser permitidos legalmente aunque otros consideran que son prácticas inaceptables desde los puntos de vista moral y social (Manga, 2001)

El debate actual sobre el suicidio asistido y la eutanasia no sólo se sitúa en el campo médico sino que también se desarrolla en el campo de la política y las Ciencias Sociales; la razón es muy simple: este tipo de temas abordan al concepto de vida y muerte, desde los puntos de vista fisiológico, psicológico, cultural, social y político.

Aunque en la época actual son pocos los países en los que el suicidio asistido y la eutanasia son legales, existe una tendencia creciente a que en la legislación de muchos otros países ya se empiece a considerar una posibilidad (Mishara, 2013).

El diseño de políticas encaminadas a la legalización del suicidio asistido tiene su origen desde finales del siglo XIX, aunque fue hasta 1997 en que se

implementó la primera ley relacionada al suicidio asistido en Oregon, Estados Unidos. Posterior a ello se han diseñado diversas legislaciones, entre ellas en Holanda (2002) y recientemente en el estado de California (2015). En la actualidad son 13 países en los que el suicidio asistido y la eutanasia son legales (Karsoho, 2016).

El suicidio asistido se ha incrementado con los años, aunque todavía existe una amplia variación regional (Aubry, 2016). En países como Estados Unidos y Luxemburgo, la frecuencia del suicidio asistido en relación a otro tipo de fallecimientos es 0.1 – 0.2% aunque en Suiza y Holanda aumenta a 1.8 – 2.9% (Steck, 2013). En América Latina, la eutanasia y el suicidio asistido sólo se encuentre legalizado en Colombia, definiéndolos como “asesinato por compasión” desde 2015 (Parreiras, 2016).

La muerte, al igual que diversos fenómenos de tipo social, tiende a adquirir una connotación médica; en este contexto surge el suicidio asistido, habitualmente por personal médico, como una alternativa viable para finalizar la vida de manera voluntaria. Esto ha generado gran controversia en relación al papel que un médico debe desempeñar en el suicidio asistido, en contraposición a los modelos europeos en los que incluso instituciones no médicas participan en la logística del suicidio asistido (Bosshard, 2002).

La legislación internacional en relación al suicidio asistido se ha venido modificando con los años. En los Estados Unidos, el suicidio asistido es legal únicamente en tres estados (Oregon, Washington y Montana), aunque la legislación en algunos países de Europa es más permisible (Burkhardt, 2012). Un caso especial resulta el denominado

“Modelo Suizo”, dado que en dicho país, desde 1985, el suicidio asistido es legal, siempre y cuando se cumplan determinadas circunstancias, como por ejemplo la imposibilidad del individuo para regresar a su país de origen, la presentación de una enfermedad potencialmente mortal en el corto plazo y la aplicación del suicidio asistido por parte de tres instituciones suizas legalmente acreditadas para su realización, mediante el uso de fenobarbital (Ziegler, 2009).

Las discusiones legales en relación al suicidio asistido y la eutanasia pueden imposibilitar la realización de una práctica médica adecuada y ética. Es común que en este tipo de temas se presente una confrontación entre los aspectos éticos, el juicio clínico y la legislación al respecto (Meisel, 2000). La controversia ética y legal se basa en la concepción de diversas premisas:

- a) La suspensión de tratamientos en pacientes terminales sin capacidad de decisión requiere contar con cierta evidencia de que se trata de la voluntad directa del paciente.
- b) La suspensión de las soluciones intravenosas y la alimentación en enfermos terminales es una práctica ilegal.
- c) La prescripción médica de fármacos destinados al alivio del dolor resultará ilegal y criminal si causa la muerte de un paciente terminal.
- d) La inexistencia de opciones legales para aquellos pacientes terminales en los que las medidas paliativas no son suficientes para disminuir el sufrimiento causado por su enfermedad.

Si la legislación de un país, en términos constitucionales, garantiza que

los individuos pueden tomar la decisión que consideren adecuada en relación a su propio cuerpo y persona, el deseo de morir podría considerarse parte de sus derechos constitucionales. Bascuñán (2016, 483) estableció que cuando se analiza el derecho al suicidio asistido deben formularse tres preguntas en forma secuencial:

- a) ¿Existe un derecho de autonomía personal que abarque la decisión de la persona acerca de cuándo y cómo morir?
- b) ¿Restringen el ejercicio de ese derecho de autonomía las prohibiciones penales del suicidio asistido?
- c) ¿Es esa restricción injustificable?

Dicho autor señala que la respuesta afirmativa a las tres preguntas planteadas establecería que el suicidio asistido debería ser legal. La respuesta afirmativa a la segunda pregunta consideraría irrelevante el consentimiento de la persona que va a morir, restringiendo con ello su autonomía.

El principal objetivo de la regulación del suicidio asistido y la eutanasia es la determinación del papel que desempeña el personal médico. Uno de los aspectos fundamentales en cualquier jurisdicción es el establecimiento de que la participación médica en el suicidio asistido sólo puede realizarse bajo solicitud explícita y voluntaria del paciente. En casi todos los casos se reconoce que la participación médica en el proceso de muerte inducida solo se concibe como una forma de aliviar un sufrimiento severo e inevitable, provocado por una enfermedad eminentemente mortal por necesidad (Van der Heide, 2013).

En este sentido, la realización de la eutanasia y el suicidio asistido representa ciertos riesgos para el personal médico. Se pueden considerar cuatro escenarios distintos (Laux, 2013): la asistencia en el proceso de muerte, la eutanasia directa activa, la eutanasia indirecta activa y la eutanasia pasiva. El primero de los escenarios, la asistencia en el proceso de muerte, establece que la prescripción de analgésicos no peligrosos carece de sanción legal si se trata de la voluntad del paciente; si el médico se niega a prescribir ese tipo de analgésicos, aun cuando sea a petición del paciente, o si el médico los prescribe en contra de la voluntad del paciente, se incurriría en dolo. El segundo escenario, la eutanasia directa activa, en la que el médico prescribe analgésicos potentes con la intención de terminar con la vida de un paciente terminal, es un acto no legalmente permitido en la mayor parte del mundo. Donde se ha generado un gran debate es en la participación del médico en el tercer y cuarto escenarios, en donde la prescripción de analgésicos potencialmente peligrosos está destinada a disminuir el sufrimiento del paciente, con o sin su voluntad.

En Colombia se establece que los fármacos intravenosos pueden ser administrados únicamente por médicos, en un medio hospitalario, exclusivamente en pacientes adultos con enfermedades terminales que provocan dolor intenso y sufrimiento significativo; el paciente (nacional o extranjero), en forma consciente, solicita la asistencia de la muerte, la cual se debe autorizar por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo (Parreiras, 2016).

4.- CONCLUSIÓN: POLÍTICA CRIMINAL EN MÉXICO

A diferencia de otros países, en México aún no se ha creado una ley que regule en forma precisa y objetiva la aplicación del suicidio asistido y la eutanasia, con excepción de la ahora Ciudad de México en que se regula la eutanasia pasiva a través de la Ley de Voluntad Anticipada, publicada en el 2008.

Sin embargo, la realidad ha superado al debate político y legislativo; todos conocemos el caso de algún individuo, habitualmente de edad avanzada, con enfermedades terminales o de difícil tratamiento, que son dados de alta de instituciones hospitalarias por no poder proporcionárseles un tratamiento adecuado o por la falta de recursos materiales para su atención.

En las unidades de Terapia Intensiva de muchos hospitales, es práctica común que sólo sean aceptados pacientes graves pero que presenten enfermedades recuperables, con el objetivo de eficientar y administrar los escasos recursos económicos con los que habitualmente operan la mayor parte de las instituciones públicas de salud.

En ese sentido, es fundamental la elaboración de medidas de política criminal en materia de eutanasia y suicidio colectivo.

Cualquier política aplicada en este rubro debe partir de la contraposición de dos derechos fundamentales de cualquier individuo, incluyendo en México: el derecho a la libertad y el derecho a la salud y a la vida.

Se trata de dos derechos igualmente importantes, pero en el terreno de la eutanasia y el suicidio asistido, se encuentran en posición opuesta.

Quienes apoyan a estas dos entidades, sostienen que el derecho a la libertad es preponderante, en el que la elección del individuo debe ser libre, siempre y cuando no afecte intereses de otras personas o de la sociedad en su conjunto.

Quienes no apoyan a la eutanasia y al suicidio asistido, prefieren considerar predominante al derecho a la salud y a la vida, incluyendo a la propia, haciendo énfasis en la importancia del Estado como organismo encargado de la protección de los derechos fundamentales del hombre, especialmente en México, solo no se debe pasar por alto que existe un derecho al no sufrimiento o a no sentir dolor, cuestiones que en el caso específico en un acto colegiado –cuando sea posible- entre paciente, médicos y familiares se tome la decisión más favorable.

REFERENCIAS

1. Aubry R (2016). End-of-life, euthanasia and assisted suicide: an update of the situation in France. *RevNeurol*, 21: 254-58.
2. Bascuñán A (2016). Desarrollos recientes en la jurisprudencia sobre el derecho a morir. *Rev Med Chile*, 144(4): 483-7
3. Bosshard G, Fischer S, Bar W (2002). Open regulation and practice in assisted dying. *Swiss Med Wkly*, 132(37): 527-34.
4. Burkhardt S, La Harpe R (2012). Debates about assisted suicide in Switzerland. *Am J Forensic Med Pathol*, 33(4): 410-3.
5. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 6.
6. Chao YS, Boivin A, Marcoux I (2016). International changes in end-of-life practices over time: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 16(1): 539.
7. Karsoho H, Fishman JR, Wright DK (2016). Suffering and medicalization at the end of life: the case of physician-assisted dying. *SocSci Med*, 170: 188-196.
8. Laux J, Röbel A, Parzeller M (2013). Legal issues of physician-assisted euthanasia. *Arch Kriminol*, 231(1-2): 1-37.
9. Lavery J, Dickens B, Boyle J (1997). Bioethics for clinicians: euthanasia and assisted suicide. *Can Med Assoc*, 156(10): 1405-9.
10. Manga P (2001). Euthanasia and medically assisted suicide – the case for legalizing physician assisted suicide. *Med Law*, 20(3): 451-62.
11. Meisel A, Snyder L, Quill T (2000). Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities and grains of truth. *JAMA*, 284(19): 2495-501.
12. Mishara BL, Weisstub DN (2013). Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and

- euthanasia. Int J Law Psychiatry, 36(5-6): 427-35.
13. Monacelli F, Martini M, Odetti P (2016). Physician assisted suicide and clinical vulnerability: a slippery slope. Clin Ter, 167(5): 92-95.
14. Parreiras M (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. Rev Bioet, 24(2): 355-367.
15. Rodriguez R (2015). Elementos politicos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia. RevCienc Salud, 13(3): 465-479.
16. Steck N, Egger M, Maessen M (2013). Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. Med Care, 52(10): 938-44.
17. Sulmasy DP, Travaline JM, Mitchell LA (2016). Non-faith-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia. Linacre Q, 83(2): 246-257.
18. Van der Heide A (2013). Assisted suicide and euthanasia. HandbClinNeurol, 118: 181-189.
19. Varelius J (2016). Active and passive physician-assisted dying and the terminal disease requirement. Bioethics, 30(9): 663-671.
20. Ziegler SJ (2009). Collaborated death: an exploration of the Swiss model of assisted suicide for its potential to enhance oversight and demedicalize the dying process. J Law Med Ethics, 37(2): 318-30.

