

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ABOGADA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

“TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SUICIDIO ASISTIDO EN EL ECUADOR”

Zaida Carolina Almeida Falcón

DIRECTOR: Dr. Ricardo Vaca Andrade

D.M. QUITO, Octubre 2015

Quito, 10 de julio de 2015

Señor Doctor

Santiago Guarderas Izquierdo

DECANO DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

Presente -

Señor Decano:

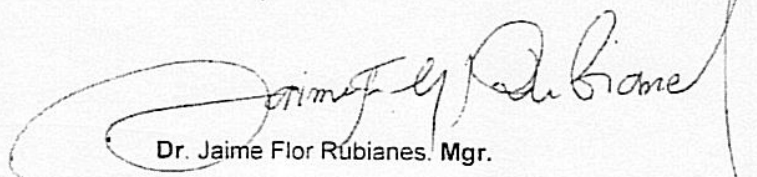
En contestación al oficio No. 250-SJG-15, suscrito por la Dr. Manuel Jiménez Moreano, Secretario de la Facultad, en el que se solicita informe acerca de la disertación intitulada "TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SUICIDIO ASISTIDO EN ECUADOR", elaborada por la señorita ZAYDA ALMEIDA FALCONI, cumpíeme manifestar que la mentada disertación observa el instructivo metodológico que la Universidad ha preparado para esta clase de trabajos; constituye una muy buena investigación en la materia, profundiza suficientemente el tema que aborda; y, constituye un aporte jurídico en la temática penal ecuatoriana.

Dejo constancia, que no estoy de acuerdo con el fondo de la disertación, es decir con el suicidio asistido, especialmente por razones de carácter religioso, pero respeto profundamente el criterio de la postulante.

Procedo a evaluarlo con la nota de diez sobre diez (10/10).

Dejo a salvo su más ilustrado criterio.

Muy atentamente,



Dr. Jaime Flor Rúbianes, Mgr.

PROFESOR DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA DE LA PUCE

Molina Gallegos & Asociados
ESTUDIO JURIDICO

Quito DM, 02 de octubre del 2015

Señor doctor
Santiago Guarderas
DECANO DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
PUCE
Ciudad.-

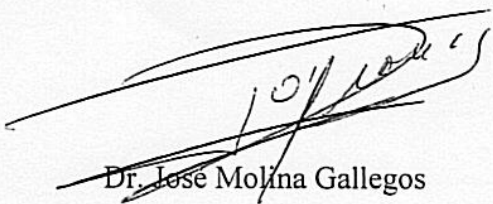
Señor Decano:

He sido designado como profesor informante de la tesina intitulada "TRATAMIENTO JURIDICO DEL SUICIDIO ASISTIDO EN ECUADOR" preparada por la señorita Zaida Almeida Falconi, alumna de la facultad; al respecto, digo:

Considero que el estudiante se ha ceñido en el desarrollo de la investigación al tema propuesto, la bibliografía es suficiente.

Por lo expuesto, califico con la nota de 9/10 puntos al trabajo de investigación realizado por el estudiante.

Atentamente,



Dr. José Molina Gallegos

Recibido : 30-10-2015

“La voz interior me dice que siga combatiendo contra el mundo entero, aunque me encuentre solo”

- Mahtama Ghandi

DEDICATORIA

A mi madre, pilar fundamental de mi vida, por su amor incondicional, sacrificio constante, y entereza, que esto sea la recompensa a los años de eterna dedicación.

A mi hermano César, a quien debo mi éxito académico, por los años entregados y la sabiduría compartida, por tomar mi mano y dirigir mi rumbo a este sueño cumplido, pase lo que pase...

A mi amigo y hermano Pablo, con quien comparto esta grata aventura que es vivir.

A ti Benjamín, mi bien amado y preciado tesoro.

A quienes inspiraron esta tesis y a sus familias, que la esperanza no se pierda y que la certeza de días mejores nunca falte.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi luz y compañía en cada uno de mis pasos.

Al Doctor Ricardo Vaca Andrade, director de esta tesis, por su tiempo, compromiso, valiosa orientación y apoyo incondicional para concluir esta disertación.

Al Doctor Xavier Zavala Egas, por su colaboración especial y aporte doctrinario.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. SUICIDIO ASISTIDO	
1. Definición	5
2. Antecedentes históricos	6
3. Perfil del paciente	8
4. Análisis de principios y teorías	10
4.1. Principio de la autonomía de la voluntad	10
4.2. Dignidad humana	12
4.3. Calidad de vida	14
4.4. Pendiente resbaladiza	16
4.5. El consentimiento del titular del derecho lesionado	17
4.6. Disponibilidad del bien jurídico “vida”	19
4.7. La sacralidad de la vida, Ronald Dworkin	21
CAPÍTULO II. TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SUICIDIO ASISTIDO EN EL MUNDO	
1. América	23
1.1. Estados Unidos	24
1.1.1. Oregón	24
1.1.2. El caso de Jack Kervokian	25
1.1.3. Otros Estados	26
1.2. Colombia	27
1.3. Uruguay	31
1.4. Argentina	31

1.5. Perú	33
2. Europa	33
2.1. Holanda	34
2.2. Bélgica	36
2.3. Luxemburgo	37
2.4. España	38
2.4.1. Ramón Sampredo	39
2.5. Inglaterra	40
2.6. Alemania	41
2.7. Suiza	42

CAPÍTULO III. SUICIDIO ASISTIDO EN EL ECUADOR

1. Epidemiología de Enfermedades Terminales.	43
2. Análisis del Régimen del Buen Vivir.	47
2.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos	47
2.2. Constitución del Ecuador	48
2.3. Plan Nacional del Buen Vivir	52
2.4. Ley Orgánica de Salud	54
3. Suicidio Asistido y el Derecho Penal	56
3.1. El rol del médico como garante	60
3.2. El móvil del suicidio asistido	63
3.3. El deber objetivo de cuidado	64
4. Legalización del suicidio asistido	66
4.1. Consideraciones previas	66
4.2. Aspectos que se deben considerar en la regulación del suicidio asistido	71
4.2.1. Definiciones	72

4.2.2.	De la petición	73
4.2.3.	De las responsabilidades del médico	73
4.2.4.	De la notificación a la familia	74
4.2.5.	De la revocatoria de la petición	74
4.2.6.	De los períodos	75
4.2.7.	Del historial clínico	75
4.2.8.	Del informe médico	75
4.2.9.	De las pólizas de seguros	76
4.2.10.	Prohibición de eutanasia	76
4.2.11.	De las sanciones	76
CONCLUSIONES		78
BIBLIOGRAFÍA		82

RESUMEN

En la actualidad existen aproximadamente siete mil millones de personas, un porcentaje de ellas fallecen anualmente por diversas causas, entre las más agresivas están aquellas ocasionadas por enfermedades terminales cuyo impacto físico y emocional es devastador. El suicidio asistido nace en la antigua Grecia a partir de la idea filosófica de la *buena muerte*, teoría plasmada en el *derecho a morir con dignidad* cuyo objetivo principal es el respeto de este valor hasta el último día de vida del ser humano. Para el efecto, conforme la Ley para Morir con Dignidad de Oregón, el paciente al que se le ha diagnosticado una esperanza de vida menor a seis meses solicita la ayuda de un médico que le provea de los medios técnicos necesarios para mitigar el dolor que padece y fallecer conforme a sus *intereses críticos*.

Han pasado cerca de dos décadas desde la primera legislación respecto del suicidio asistido, figura que vio la luz en Oregón, Estados Unidos en 1997. Cinco años después Holanda tomó la batuta y de su experiencia se ha realizado un debate profundo y controversial sobre la disponibilidad de la vida, la dignidad del ser humano y el rol del médico. En lo que va del siglo XXI la regulación ha sido un tópico a tratar entre los legisladores de diferentes naciones, sin embargo han sido pocos los países que han dictado normas respecto al tema debido a discrepancias científicas, sociales, filosóficas y jurídicas que dificultan el reconocimiento del derecho del paciente en estado terminal para morir de acuerdo a su voluntad.

En Ecuador el tratamiento que se le ha dado al tema se ha limitado a breves estudios doctrinarios que no llegaron a introducirse ni en el antiguo Congreso ni en la actual Asamblea Nacional. Bajo el nuevo régimen presidencial, en 2008 el *sumak kawsay* se convirtió en uno de los ejes principales de la Constitución, dentro del cual vale destacar a la salud como un derecho del buen vivir y los derechos de las personas con enfermedades catastróficas como un grupo de atención prioritaria. En materia penal, el Código de 1971 es derogado en 2014 por el Código Orgánico Integral Penal, producto de lo cual se eliminan varios delitos, entre ellos, el artículo 454 referente a la instigación y el auxilio al suicidio. Con estos antecedentes, esta disertación pretende promover su legalización para el caso de enfermos terminales a través de la reforma de la Ley Orgánica de Salud.

INTRODUCCIÓN

Cuando se trata de los derechos humanos de los pacientes, las ciencias médicas y jurídicas se interrelacionan para cooperar en la construcción de un marco legal que precautele sus intereses, garantice la protección en el operar de los médicos y coadyuve al resultado eficaz de los procedimientos terapéuticos. Sin embargo, en materia de enfermedades terminales la situación es sumamente distinta, ya no se trata de medicina de prevención ni de curación, por el contrario lo único que resta son los cuidados paliativos que exclusivamente atenúan el dolor del ser humano. Ese es el esquema general en la actualidad, no obstante, no es la única opción. Mediante la regulación del suicidio médicamente asistido se ha permitido en varios países que las personas, bajo una decisión consciente y voluntaria, puedan morir con dignidad, entendiéndose como tal, a sobrevenir al acaecimiento propio sin afectación a la integridad física y emocional del paciente o su familia.

Esta actividad no equivale a una infracción penal pero tampoco ha sido materia de legislación en el Ecuador aunque debe señalarse que ha sido elemento de estudio académico sin trascendencia en el Poder Legislativo o Judicial, razón por la que se destaca la novedad del objeto de esta disertación en cuanto al análisis de normas que permitan elaborar una propuesta hacia la legalización.

Desde el punto de vista social, la disertación responde a las estadísticas de salud obtenidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en los últimos diez años. En 2010 los fallecimientos ascendieron a 61.681 defunciones cuyas principales causas fueron: enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares y neoplasias en diferentes órganos del cuerpo; adicionalmente, la Sociedad Ecuatoriana de Oncología señala que se diagnostican un promedio de mil nuevos casos de cáncer cada año. Debido a estos datos, Ecuador tiene que desarrollar un pronunciamiento respecto de una realidad social que no puede esconderse y para la cual sólo existe un desenlace: la muerte.

La relevancia académica de la asistencia del médico en la defunción de un paciente que padece una enfermedad terminal radica en la investigación que se realiza dentro del contenido de esta tesis con un enfoque constitucional y penal. Para el efecto, se parte de Tratados Internacionales hasta el análisis del Régimen de Buen Vivir utilizando varias

teorías jurídicas que respaldan la legitimidad de la decisión de una persona en esas condiciones.

La delimitación del tema se construye sobre la base de la viabilidad de una reforma a la Ley Orgánica de Salud que introduzca el derecho del paciente de solicitar asistencia para morir con dignidad en uso de sus derechos constitucionales y en la indiscutible despenalización de la asistencia al suicidio. Para el efecto, se toma en cuenta legislación comparada, casos judiciales relevantes en el mundo, datos estadísticos de las últimas dos décadas así como la opinión de destacadas figuras del derecho como son Jakobs, Roxin y Dworkin.

La sistematización de los contenidos se elabora como respuesta a la interrogante: ¿Bajo qué fundamentos jurídicos es posible regular el Suicidio Asistido en el Ecuador?, siendo precisamente ese el objetivo principal de esta disertación además de: a) Construir sustentos jurídicos que deslinden la responsabilidad penal del médico en el supuesto de que se pretenda equiparar la infracción al deber objetivo de cuidado con la cooperación que realiza el médico en este caso, b) Evidenciar el contenido constitucional que dará paso al amparo del derecho a una vida digna para justificar el actuar del paciente, c) Determinar las circunstancias específicas en las que se permitirá la práctica del suicidio asistido; y, d) Elaborar un estudio detallado de legislación internacional.

Para la consecución de estos objetivos, se utiliza el método exegético para determinar el sentido, contenido y alcance de: a) los derechos de Buen Vivir y del Régimen constitucional que se establece en torno a ellos; b) los derechos del paciente contemplados en la Ley Orgánica de Salud; c) los tipos penales que protegen el bien jurídico: “la inviolabilidad de la vida”. Este método se utiliza desde el análisis gramatical de la norma constitucional y penal para extraer el sentido literal y concreto que le dio el legislador ecuatoriano. Por otra parte, es importante señalar que el objeto del tema se basa principalmente en la dignidad del ser humano, razón por la cual se utiliza el método exegético teleológico para definir el sustento que se le da a este valor en el Preámbulo de la Constitución de 2008 y la relevancia que tiene al ser parte de la norma jerárquicamente superior. Finalmente, en cuanto al análisis de la legislación internacional se utiliza el método dogmático para comparar los modelos de regulación que se utilizan en diferentes naciones.

El desarrollo de esta tesis se esquematiza en tres capítulos. En el primero, se construye una definición del suicidio asistido sobre la base de la unificación de criterios doctrinales, se realiza la recopilación de antecedentes históricos, se precisa la situación médica de los pacientes a los que se dirige así como se compendia un análisis de teorías y principios que fueron utilizados para la regulación en la palestra internacional, siendo estos: el principio de la autonomía de la voluntad, la dignidad humana, la calidad de vida, la pendiente resbaladiza, el consentimiento del titular del derecho lesionado, la disponibilidad del bien jurídico en el que se inserte la construcción del derecho a morir con dignidad y la sacralidad de la vida.

En el segundo capítulo se realiza la comparación legislativa de Europa y América en la cual se detallan casos y jurisprudencia relevantes de los que se desprende que la construcción de leyes referentes al tema no tiene el mismo origen en todos los países, por ejemplo: han surgido de casos judiciales, por iniciativa del Parlamento o mediante consulta popular. El objetivo de esta sección es proporcionar al lector una herramienta para obtener un panorama global de la situación, verificando por sí mismo las teorías acotadas en el capítulo anterior y sopesar los efectos positivos o negativos de la legalización.

El último capítulo está dedicado al contexto ecuatoriano. En principio se realiza una introducción social de las enfermedades terminales en el país y el impacto que causan en la población sobre la base de estadísticas oficiales y la respuesta que ha recibido desde el Gobierno. Previo al análisis de la Carta Magna se acude a la Declaración Universal de Derechos Humanos con el objetivo de enaltecer la dignidad y libertad de la persona al igual que la prohibición de tratos crueles e inhumanos. A continuación, el estudio jurídico se enfoca en los artículos de la Constitución de la República, específicamente los referentes a los derechos del Buen Vivir. Posterior a esto, se hace mención al Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 y los objetivos que plantea el Estado en materia de salud. Tras lo que se examina la Ley Orgánica de Salud en materia de enfermedades catastróficas. En seguida, se profundiza en el Código Orgánico Integral Penal al tratar el rol del médico como garante y el deber objetivo de cuidado; y, finalmente se aporta los elementos básicos que deberán considerarse al momento de legislar sobre el suicidio asistido.

CAPÍTULO I. SUICIDIO ASISTIDO

1. Definición

La línea entre la eutanasia y el suicidio asistido ha sido tan delgada desde el debate doctrinario a tal punto de determinarlos como un género – especie o considerarlos como sinónimos. Sin embargo, la eutanasia y el suicidio asistido son dos términos completamente distintos aun cuando comparten el móvil piadoso por el que se realizan, principalmente, en la primera el dominio del hecho está a cargo de un tercero (médicos en su mayoría), y en el segundo está bajo directa decisión y realización del suicida. Así, en 1994, Quill marca esta diferencia, mencionando que: “(El suicidio médicamente asistido) *se distingue de la eutanasia voluntaria en la que el médico, además de proporcionar los medios, es el agente real de la muerte en respuesta a la solicitud del paciente*” (ÁLVAREZ DEL RÍO, 2005, pág. 40).

Etimológicamente, González Morán (2006) explica que “suicidio” proviene de dos palabras latinas, el pronombre “*sui*” (de sí mismo) y del verbo “*caedere*” (matar), con el sentido estricto de matarse a sí mismo, causar la propia muerte.

En cuanto al “auxilio”, Carpizo (2010) explica que es la acción de un tercero, -éste será siempre un médico-, de allegar al paciente los instrumentos necesarios –fármacos imprescindiblemente- para que éste efectúe su muerte sin dolor, ni violencia.

Entonces, al hablar de suicidio asistido la definición más objetiva y clara es la construida por Timothy Quill en “*Death and dignity. Making choices and taking charge*”:

El suicidio (médicamente) asistido es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia (ÁLVAREZ DEL RÍO, 2005, pág. 40).

Como se concluye, al estudiar el suicidio asistido, no se trata de cualquier tipo de ayuda en este acto. Por el contrario, ésta se enmarca en específicas circunstancias:

- a. El suicida es una persona mayor de edad y capaz legalmente.
- b. El suicida está en la etapa terminal de una enfermedad crónica.
- c. Quien domina el acto es el propio paciente.
- d. Quien presta su ayuda es un médico.
- e. La ayuda consiste en facilitar los medios para que el suicida pueda efectuar su muerte sin dolor alguno.

2. Antecedentes históricos

Como se ha mencionado al inicio, la doctrina ha realizado en consecutivas ocasiones un análisis a profundidad de la eutanasia y dentro de ésta se ha hecho mención al suicidio asistido, razón por la cual al tratarse de los hechos históricos se considerarán los puntos en común.

Así, en la antigua Grecia se puede revelar aportes importantes en cuanto a la disponibilidad de la vida y la decisión de morir a causa de una enfermedad, dejando claro que la calidad de “enfermedad terminal” es sumamente distinta al de la época debido a los avances científicos que se han llevado a cabo y la creciente esperanza de vida de los seres humanos en la actualidad.

Para el filósofo Epicuro, desde una visión hedonista el ser humano, por ser naturalmente finito, puede tomar la decisión de adelantar su muerte si en un determinado momento la vida le parece insostenible (JUANATEY, 2004, pág. 53).

Por su parte, Séneca se refiere a la buena muerte y la calidad de vida en los siguientes términos:

Lo que es bueno no es el mero vivir, sino el vivir bien; en consecuencia, el sabio ha de vivir tanto como deba, no tanto, como pueda: lo que ha de importarle no es la cantidad, sino la calidad de su vida. Por eso, en relación con la muerte, la cuestión no estriba en morir antes o después, sino en morir bien o mal. Y morir bien significa escapar del peligro de vivir mal (Ibíd., pág. 54).

De la misma Grecia se desprenden datos históricos que son ejemplos claros de suicidios motivados por la enfermedad que se padecía, como se relata a continuación:

(...) el filósofo Diógenes se suicidó al verse gravemente enfermo. Epicuro no llega a suicidarse pero se embriaga para no tener conciencia del momento de su muerte. Por su parte Erasítrato se suicida mediante cicuta por no poder soportar los enormes sufrimientos que le venía provocando una grave úlcera” (NÚÑEZ PAZ, 2006, pág. 35).

Desde la concepción estoica se advierten cinco motivos por los que el sabio podría separarse de la vida, entre los que se denota: “*cuando esté agobiado por dolores demasiado crueles, o en casos de mutilaciones o de enfermedad incurable*” (NÚÑEZ PAZ, 2006, pág. 36).

En el siglo XVII, Francisco Bacon, a quien se le identifica como el defensor de la “muerte buena”, en su libro *Novum Organum*, precisa el deber del médico, con las siguientes palabras: “*Paréceme que la función de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas del dolor. Y esto debe hacerse, no sólo cuando el alivio del dolor produzca la curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte*” (JIMÉNEZ DE ASÚA, 1984, pág. 382).

Otro aporte doctrinario que merece destacarse es la obra de Karl F.H. Marx, “*Medical Eutanasia*”, publicada en 1826, en la cual expone “*la necesidad de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están cerca de su muerte*” (ÁLVAREZ DEL RÍO, 2005, pág. 26).

Conforme el debate sobre la eutanasia se ha desarrollado, se han definido términos comúnmente utilizados al referirse a las prácticas de buena muerte, así la Conferencia Episcopal Alemana formuló el contenido del derecho a una muerte digna, como:

Todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el último acontecimiento importante en la vida y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien ayudarlo en dicho momento. Esto significa, ante todo, aliviar los sufrimientos del enfermo,

eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de la vida (...) (ROMERO OCAMPO, 1986, pág. 72).

Javier Gafo, también se pronuncia acerca del tema, aun cuando las precisiones que realiza se refieren por igual a la eutanasia como al suicidio asistido. Mas, se toma en cuenta las condiciones que señala para delimitar este asunto, siendo éstas:

a) Se hace por compasión; b) Se aplica a personas afectadas por una enfermedad que las lleva en forma inexorable a la muerte, aun cuando no sea inminente; c) La terminación indolora de la vida se realiza por lo general por la administración parenteral y oral de una dosis letal de un fármaco, o de una combinación de fármacos; d) Ese fármaco es administrado por la misma persona; e) Es voluntaria (cuando) el enfermo lo haya pedido y expresado su pleno consentimiento (informado, comprensivo y voluntario) a la terminación de su vida; f) también – concluye- cuando una persona lo desea y exige ayuda de otros, usualmente del médico y profesionales, para conseguir la dosis letal y las drogas e instrucciones sobre su uso con efectividad (SAMBRIZZI, 2005, pág. 10).

En la actualidad, la mayoría de los países han despenalizado el suicidio, sin embargo, es importante señalar dos tesis propuestas por Ferrando Mantovani para explicar este hecho y que bien puede acoplarse a la justificación del suicidio asistido: “*La tesis del acto de libertad, relacionada con la libre elección con relación de abandonar la vida y la tesis del derecho al suicidio, lo que se deduciría del hecho de que la Constitución tutela la vida humana como un derecho, y no como un deber*” (SAMBRIZZI, 2005, pág. 67).

3. Perfil del paciente

Es sustancial clarificar la situación de quién se habla cuando se hace referencia al “enfermo terminal”, puesto que es el elemento principal de esta tesis. Sambrizzi (2005) define a la enfermedad terminal como “*aquella que lleva a la muerte en un corto plazo, no mayor de seis meses*”.

Otra definición es aquella que se encuentra en el Proyecto Alternativo sobre Eutanasia alemán. En ella se entiende *“por enfermedad mortal aquella en cuyo proceso mortal ya no puede intervenir la actuación médica de un modo decisivo”* (ROXIN, 2008, pág. 21).

Una definición más completa es aquella elaborada por el Grupo de Estudios de Política Criminal que entiende por enfermo terminal a: *“aquella persona que, como consecuencia de una lesión o enfermedad, padece según los actuales conocimiento médicos, una infección incurable y que le hace entrar de forma irreversible en el proceso que lo conducirá inevitablemente en un plazo breve a la muerte”* (GONZALEZ MORAN, 2006, pág. 868).

Villamizar, por su parte, hace una diferencia entre el paciente crónico y el terminal, en las siguientes palabras:

El paciente crónico no tiene posibilidades de curación, pero no presenta inminencia de muerte siendo su enfermedad y calidad de vida estables en un deterioro lento. En el caso del paciente terminal esa inminencia de la muerte es tenida como cierta y predecible a corto plazo debido a que su enfermedad ya no pudo ser curada a pesar de haber recibido un tratamiento adecuado (BARCHA DE PUYANA, 1996, pág. 185).

Otro término conexo al tema es el del dolor, aún más controversial, por ser una condición que no se puede determinar cuantitativamente y que depende del grado en que asimile la persona que lo sufre, es decir, se trata de un concepto más subjetivo.

Según el Grupo de Estudios de Política Criminal, por *“graves padecimientos permanentes”* deben entenderse:

No solo los dolores sino cualesquiera situaciones de carencia de bienestar, físico o psíquico que, siendo consideradas socialmente de importancia, resultan subjetivamente insoportables para el afectado (...) Estos padecimientos han de ser *permanentes*: es decir que se mantienen sin mutación, en un mismo estado o calidad, lo que implícitamente está aludiendo a un carácter de incurabilidad, es decir que van a acompañar al enfermo durante toda su vida. No quiere con ello decirse que tales padecimientos han de estar afligiendo constantemente al enfermo, sino basta con que tengan una aparición intermitente o cíclica,

o que puedan ser aliviados o atenuados de forma circunstancial (GONZALEZ MORAN, 2006, pág. 871).

Una vez que se han definido los términos, se debe considerar que los pacientes de quienes se tratará a lo largo de esta disertación no son simplemente aquellos que padecen un dolor que consideren “insoportable” sino que éste debe ser la consecuencia directa de una enfermedad en estado terminal y cuyo diagnóstico es una muerte inminente, sin posibilidad de cura a la fecha de su prescripción.

El psiquiatra Rojas Marcos precisó que las personas que piden terminar con su vida, como en este caso a través del suicidio asistido, “*son personas que no solamente sufren una enfermedad incurable y dolorosa, sino que, además, ven la salida de este mundo con dignidad, sin dolor, como una forma de vivir su autonomía y de remediar el miedo a la falta de control*” (FIBLA, 2000, pág. 49).

4. Análisis de principios y teorías

4.1. Principio de la autonomía de la voluntad

Para aclarar las tesis antes mencionadas por Mantovani, es imprescindible definir los fundamentos en que se basan. El primero de éstos, la autonomía del ser humano y la libertad de sus decisiones.

Agustín Grijalva (2009) menciona que la autonomía de la persona es “*aquella capacidad de escoger libremente y tomar decisiones*”, y consecuentemente es un “*hecho de suprema autonomía el decidir respecto a su calidad de vida y a la muerte digna como colofón de la misma*”.

Carpizo define concretamente lo que debe entenderse por autonomía en el contexto del paciente que decide terminar con su vida en los siguientes términos:

La autonomía vital consiste en la libertad que tiene toda persona para conocer y decidir acerca de las implicaciones de un tratamiento médico, y para determinar en qué condiciones y hasta cuando está dispuesta a soportar que afecte su dignidad personal. Este concepto incluye dos grandes rubros: la supresión de un tratamiento y la terminación voluntaria, incluso asistida, de la vida. Cada uno de esos supuestos implica la ponderación legal, ética y científica de las circunstancias en que es aceptable el ejercicio de los derechos asociados a la autonomía vital (CARPIZO, 2010, pág. 88).

Núñez Paz (2006), amplía este concepto y explica como figuras asociadas a la autonomía: el reconocimiento de la libre decisión individual y el principio de dignidad. El primero justifica la deliberación que el individuo realiza sobre su propio destino en el último momento de su vida; el segundo fundamenta el respeto que se le reconoce a toda persona por el hecho de ser tal y que implica el deber de “no hacer” de terceros, en este caso, lo que se exige es que la sociedad acate la decisión tomada por el paciente en relación a la proximidad de la muerte: suprimir tratamientos inútiles y morir en paz.

Sambrizzi añade al concepto de autonomía, el deber que ésta implicaría en terceros, especialmente los médicos, en la decisión del paciente:

(La autonomía es) el derecho (de la persona) a decidir con respecto a la duración de su vida y, por tanto, a disponer de la misma de la manera en que lo crea conveniente, pudiendo inclusive exigir a otras personas, y particularmente, a los médicos, que le quiten la vida, o, al menos, que le ayuden a quitársela a su solo requerimiento, los cuales, por tanto, tendrían la obligación de hacerlo (SAMBRIZZI, 2005, pág. 37).

Quien vincula el principio de autonomía al suicidio asistido es Soberanes Fernández (2008), quien además de independizar este término de la eutanasia, confirma el poder irrestricto de disponer de la propia vida sobre la base de la existencia de un derecho a decidir sobre la muerte personal. El mismo autor también correlaciona el principio de autonomía con el de dignidad en un tercero: la libertad.

Estos dos principios –autonomía y dignidad- parece que se autorregulan mutuamente: es digno aquel ser humano que es libre, que tiene autonomía, y la libertad, a su vez, tiene por

límite la dignidad de las demás personas, es decir, su libertad. Como se ve, lo que ocurre realmente es que hay una identificación entre dignidad y autonomía. La libertad, entonces, tiene primacía absoluta, pues, en último término, hasta el carácter de digno se subordina a la libre decisión (SOBERANES FÉRNANDEZ, 2008, pág. 511).

4.2. *Dignidad humana*

Cuando se trata de determinar el significado de “dignidad” existe más de un criterio entre los entendidos en el tema, debiéndose considerar la variedad de ramas científicas en las que se la utiliza. De la doctrina se corrobora la falta de unanimidad para conceptualizar este principio lo que da lugar a que cada individuo cree su propia percepción de lo que considera “digno”.

Empero, Kant aun cuando es adversario de la disponibilidad de la vida y opositor de la eutanasia, precisa que: *“la dignidad humana (radica) en la potencialidad de las cualidades espirituales que definen al ser humano, potencialidad que se encuentra en todo ser biológicamente humano (...)”* (REINOSO LUNA, 2009, pág. 169)

Por su parte, Salvador Pániker, Presidente de la Asociación española “Derecho a Morir Dignamente”, hace notorio que:

La dignidad es un valor socialmente reconocido pero que se concreta individualmente. Sólo uno mismo puede determinar si su propia existencia tiene o ha dejado de tener dignidad. Hay que admitir que la vida de cada cual pertenece a cada cual (...) De lo que se trata es de decidir racionalmente en el uso de la libertad personal, y con el respeto de los demás, sobre el proceso final de la propia vida (PÁNIKER, 2000, pág. 30).

Concretamente -menciona el mismo autor- la dignidad en el último momento de la vida implica la cúspide del verdadero respeto a este valor, a la voluntad del ser humano, que incluye *“alcanzar la muerte cuando ya nada se puede hacer por devolver a la vida la calidad a la que todo el mundo tiene derecho”* (Ibíd.)

Dentro del debate que se genera en torno al tema, una de las posturas considera que carece de lógica pensar que se pierde la dignidad por el hecho de estar enfermo, no obstante, lo que debe tomarse en cuenta no es la supuesta negación de este valor en esas condiciones, por el contrario, de lo que se trata es que el paciente que decide acogerse al suicidio asistido lo que pretende es mantener su dignidad hasta el último día de su vida, más aún cuando tiene la opción de elegirla. Eco de este pensamiento se hace Cérda Olmedo (2006), en los siguientes términos:

El valor de una vida humana está en su propia existencia. Su dignidad va inseparablemente unida a su naturaleza. Una muerte digna para el moribundo es aquella en la que él mismo asume y decide cómo quiere que ocurra, que le permite planear con libertad, como toda su vida anterior, sus últimos días y horas (Ibíd., pág. 448).

Lejos del debate moral que pueda realizarse para juzgar la conducta del paciente, debe reflexionarse la posición en la que se encuentra esa persona. Se trata de un individuo enfermo en estado terminal que, como menciona Hans Küng (citado en BORDA, 2001, pág. 121), en la antesala de su muerte deja de controlar sus procesos biológicos y motores o sufre dolores especialmente agudos, cuya pérdida significa una grave disminución de la dignidad humana. Frente a esta posibilidad, el sujeto cuenta con la autonomía más absoluta para decidir una forma de morir que resguarde esa dignidad amenazada.

Álvarez del Río (2005) explica además que: *“La dignidad al morir puede relacionarse con la posibilidad de ejercer la libertad hasta el final de la vida para mantener la coherencia con los valores en los que hemos creído”* (pág. 14). De esto se determina que lo que motiva a esta persona es preservar el estilo de vida que durante toda su existencia ha gozado y que no desea perder a consecuencia de la enfermedad que padece.

Desde el enfoque del Derecho, específicamente en un punto de vista constitucional, es decir desde la percepción de los derechos consagrados en la Carta Magna, cierta parte de la doctrina ha llegado a afirmar la existencia de una colisión entre la vida y la dignidad dando primacía a la primera, sin embargo debe observarse que:

(...) En el marco de una Constitución que reconoce la dignidad humana como un principio esencial, de donde dimanen los derechos fundamentales, una interpretación razonable lleva a concluir que la vida protegida por el ordenamiento jurídico no es la mera existencia biológica sino la vida digna; y no ha de resguardarse cualquier tipo de vida deteriorada irreversiblemente, pues a través de ella no es posible alcanzar ninguno de los ideales del hombre (FARFÁN MOLINA, 2008, págs. 26-27).

En concordancia, desde el marco del Derecho Penal en los delitos contra la vida, lo que se protege es la vida como soporte de la dignidad humana. *“Por lo tanto, aunque la vida sea un núcleo indispensable de la protección (por ejemplo) del homicidio, la dignidad de la persona ocupa un lugar que no se puede ignorar en la protección de la vida”* (REYNA ALFARO, 2008, pág. 307). Entonces, conforme Barquín Sáenz (2008), cuando una persona convence mediante una solicitud consciente y expresa a otra para que le ayude a terminar con su vida, convertida por causa de la enfermedad en un suplicio permanente y sin esperanza, la respuesta del Derecho no debe ser otra que la impunidad, siempre que la persistencia en la resolución suicida sea tal que el propio interesado llegue a darse muerte por su propia mano.

4.3. *Calidad de vida*

Igual dificultad que el término “dignidad” se encuentra en el momento de precisar el significado de lo que debe considerarse como “calidad” en la vida de un ser humano. Mas, se acoge el siguiente concepto: la calidad de vida es *“el conjunto de condiciones espirituales, corporales e intelectuales que permiten al ser humano bastarse por sí mismo, desarrollar su personalidad y comunicarse racionalmente con su familia y con la sociedad”* (GRIJALVA, 2009, pág. 78).

Núñez Paz (2006), por su parte, alude que:

El principio de la calidad parte de que la vida es un valor relativo que comprende todos los datos de la experiencia y comunicación y no sólo una visión acrítica de la vida como simple realidad biopsicológica (...) la calidad no se refiere a la consideración de la vida

como inviolable, sino como algo graduable cualitativamente y no excluido a priori de toda ponderación con otros intereses (pág. 155).

Desde ese punto de vista, la calidad de vida no hace referencia a la existencia de una persona desde la simple concepción biológica, no se debe entender el término “vida” a aquella por la que se mantiene las funciones básicas sino a ésta como el conjunto de facultades, habilidades y funciones que conducen a un propósito particular que cada persona efectúa durante su existencia. Es por ese fin que la vitalidad halla su valor.

Empero, existe más de una posición al particular. Rodríguez-Aras (2005), en su obra “*Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*”, sintetiza este debate en el carácter objetivo y subjetivo de la idea de calidad de vida. Siendo la concepción puramente subjetivista la que entiende a ésta en la medida de la satisfacción personal que alcance un individuo, con la precaución de considerar la mutabilidad del concepto, ya que una persona no tendrá el mismo criterio al respecto siendo un niño a cuando sea un adulto, así como también, el concepto varía de una persona a otra, esto debido a la “singularidad” propia del ser humano.

En cambio, desde la postura objetivista, ésta se construye desde parámetros básicos para establecer un concepto, es decir, se considera la “calidad de vida” de una persona si se cubren sus necesidades fundamentales: salud, educación, alimentación, etc. Pero, ¿ésta es una verdadera calidad de vida? Al parecer la respuesta será negativa siempre que se considere a la vida como algo más que el simple hecho de existir, de lo contrario, se desconocería la esencia del ser humano que a diferencia de las otras especies tiene la capacidad de razonar y de ejercer su libertad lo que le permite desarrollar su propio “plan de vida”, su “biografía”.

Este autor, concluye que: “*Mientras las personas son competentes, se acepta que ellas mismas son quienes deben valorar la utilidad y la proporcionalidad de sus tratamientos; son quienes deben definir su propia calidad de vida*” (RODRÍGUEZ-ARAS VAIHEN, 2005, pág. 56).

Lo antes mencionado apoya uno de los argumentos más contundentes a favor del suicidio asistido, ya que no sólo establece la condición de capacidad sino además introduce el valor que se debe otorgar a la decisión personal del paciente, pues es sólo y tan sólo él quien

define el límite de los tratamientos a los que se somete y la utilidad de los mismos, porque no se trata de vivir de cualquier modo y a cualquier precio, sino de hacerlo con la dignidad inherente al ser humano.

4.4. *Pendiente resbaladiza*

Al analizar los argumentos en oposición a la legalización del suicidio asistido se evidencia que la mayoría de ellos se construyen en torno a posturas morales o religiosas, no pertinentes a la naturaleza de esta disertación, pero existe un fundamento recurrente que merece ser considerado en cuanto a los efectos de la permisibilidad de estas conductas: la pendiente resbaladiza.

“La llamada pendiente resbaladiza (slippery-slope), implica que una norma o una sentencia pueden ser invocadas para introducir en el sistema jurídico otra disposición no deseada o inconveniente, pero cuya adopción se facilita por la que dio origen al deslizamiento de las conductas y de las previsiones que las regulan” (CARPIZO, 2010, pág. 158).

Esta teoría se basa en un efecto dominó, en el que al permitir una conducta ésta dará lugar una serie de eventos desencadenantes y que por su imprevisibilidad son negativos. Carpizo (2010) observa que apelar a esta hipótesis no es más que acogerse a la tradición conservadora que desaconseja cualquier cambio por el riesgo de hacer inevitables otros. He aquí una evidencia más del temor constante a la permutación que tienen los individuos a algo que no entienden y que además, parte de una posición negativa, lo que no es correcto precisamente porque han sido las modificaciones las que han permitido la evolución de la especie.

Juanatey (2004) recopila las consecuencias que se han planteado por parte de los opositores al suicidio asistido, por ejemplo que la ley sería utilizada por los más desfavorecidos: pobres, personas con un bajo nivel educativo, ciudadanos carentes de cobertura sanitaria o de los debidos ciudadanos paliativos, niños o ancianos, es decir, se hace referencia a los “grupos vulnerables”. Pese a estas consideraciones, la hipótesis no se corrobora cuando en lugares como Oregón, donde el suicidio asistido es permitido, la ley

no ha supuesto un estímulo para el suicidio de jóvenes y los médicos han actuado cumpliendo los requisitos establecidos.

4.5. *El consentimiento del titular del derecho lesionado*

La importancia que surge en torno al consentimiento de la persona se fundamenta en el principio romano: “*Volenti et consentienti non fit injuria*” (Al que quiere y consiente no se le causa daño)” (VACA ANDRADE, 2009, pág. 22). De acuerdo a éste, “*el suicidio y el consentimiento del homicidio se sitúan sobre la misma línea: cada uno debe poder decidir por sí solo, sin interferencia alguna por parte del Estado*” (CORNACCHIA, 2003, pág. 446).

En cuanto a la incidencia del consentimiento, en la teoría del delito existen varias posturas, así se encuentran desde postulados doctrinarios que defienden la atipicidad hasta aquellos que defienden la no punibilidad del delito. Con respecto al primer elemento de la infracción penal, Gómez Pavajeau, califica el consentimiento como una causal explícita que afecta la tipicidad, ya que se encuentra –en el caso colombiano- expresamente consagrado en el Código Penal.¹ El autor concuerda con Bacigalupo, (como se cita en GÓMEZ PAVAJEAU, 2003, pág. 160), al mencionar que:

El consentimiento eficaz excluye en todos los casos de adecuación típica, pues en tales supuestos los bienes jurídicos están a disposición de su titular y, dado el acuerdo de éste para su menoscabo, no cabe pensar en una lesión necesitada de justificación. Se trata de conflictos en los que el ordenamiento debe respetar la decisión libre del titular, sin asumir la tutela de una decisión correcta externa sobre ámbitos reservados al libre desarrollo de la personalidad (FARFÁN MOLINA, 2008, pág. 262).

Esta afirmación se apoya igualmente en Maiwald y Zaffaroni, (como se cita en GÓMEZ PAVAJEAU, 2003, pág. 160), al expresar que los tipos penales no protegen simples bienes

¹ Artículo 32. Ausencia de responsabilidad. No habrá lugar a responsabilidad penal cuando: 2. Se actúe con el consentimiento válidamente emitido por parte del titular del bien jurídico, en los casos en que se puede disponer del mismo.

jurídicos sino a éstos en relación a la voluntad del sujeto pasivo, lo que bien denota una teoría liberal al exaltar la autonomía de la persona y la implicación de lo que, sobre la base de ella, debe ser penado por el Estado. De esta forma, lo que se considera delito es aquel acto que ha menoscabado la libertad del individuo en cualquiera de sus dimensiones.

El consentimiento constituye causal de atipicidad, pues los tipos penales no protegen los bienes jurídicos y la autonomía de su titular por sí mismos, sino su autonomía en relación al fin de la posibilidad de disposición del respectivo objeto de la agresión. En tal sentido, no reconocer relevancia eximente al consentimiento, desconoce a la víctima, pues una pretendida tutela de un bien jurídico más allá de la voluntad de su titular, es un pretexto para penar un pragma no conflictivo (FARFÁN MOLINA, 2008, pág. 263).

Desde otra perspectiva, autores como José Irureta Goyena, (como se cita en SAMBRIZZI, 2005), defienden con relación al consentimiento de la víctima, que éste “*no desvanece el delito, sino que suprime la pena, operando este elemento subjetiva y no objetivamente, y que el fundamento consiste en la ausencia de peligrosidad del agente*” (pág. 254). Esto se explica porque no tiene igual relevancia aquel que actúa deliberadamente en un ilícito a quien lo hace previa anuencia del sujeto pasivo.

En el suicidio asistido, la consideración de la voluntad de la persona es un requisito insoslayable, toda vez que se trata de su vida y de su dignidad, como Niño (1994) sostiene, la aquiescencia o el desacuerdo del paciente, especialmente relevante de cara a la determinación del galeno, es el punto a proseguir actuando o a abstenerse de ello. En esta situación, el requisito del consentimiento funciona como un límite para el permiso implicado en el justo obrar de un tercero.

Sin embargo, para que este consentimiento alcance la dimensión como justificativo del actuar del médico, Escudero Lucas (2006) menciona que, éste debe contar con los siguientes requisitos esenciales:

- a) Capacidad: La aptitud de las personas para realizar actos con trascendencia jurídica.
- b) Titularidad: El que consiente ha de ser titular de bien jurídico o derecho del que dispone con su acto.
- c) Libertad: Que la voluntad no tenga vicios.

- d) Objeto: Es el bien o derecho protegido por la norma, del que aparece como titular y sobre el cual tiene poder de disposición el sujeto pasivo.
- e) Causa: Es el fin o motivo de un acto, aquello que se quiere conseguir con la realización del acto.
- f) Forma: El consentimiento ha de manifestarse, aunque es indiferente la forma, siempre que pueda ser conocido por los demás y que la voluntad manifestada coincida con la voluntad interna del sujeto.
- g) Tiempo: En cuanto que el consentimiento debe concurrir en el momento de realización de la acción típica.

En el caso ecuatoriano, dentro de la esfera penal cuando se trata de delitos contra la vida, el consentimiento de la víctima no tiene ninguna relevancia.

4.6. Disponibilidad del bien jurídico “vida”

Cuando se trata de la protección jurídica de la vida, se valora a ésta como el bien jurídico principal del cual surgen una serie de derechos propios del ser humano, sin embargo la dimensión de cautela que ejercerá el Estado sobre ella precisa de límites porque también requiere igual amparo la libertad, es así, que en una sociedad democrática el ser humano tiene derecho a ejercer su plan de vida siempre y cuando no perjudique el bienestar de la sociedad en la que se desarrolla. Ahora bien, qué debe entenderse por *bien jurídico*; para el efecto se acogerá la definición manifestada por Niño, (como se cita en VACA ANDRADE (2009): “*la expresión jurídica del reconocimiento de un interés del individuo, necesario para su plena realización, en armonía con el medio social*” (pág. 13).

En el suicidio asistido el interés del individuo es anteponerse a una muerte tormentosa bajo el presupuesto de que las condiciones que atraviesa, a causa de la enfermedad terminal que padece, agraden su dignidad. Entonces, como se ha afirmado anteriormente, la vida que el Estado tutela no es simplemente la realidad biológica, sino al conjunto de facultades de decisión y disposición que el sujeto tiene sobre la misma, de lo que se colige que “*las decisiones tomadas dentro de dicho marco exigen de la sociedad una manifestación de tolerancia y respeto siempre que éstas no afecten derechos de los demás y sean intrínsecas*

al individuo” (FARFÁN MOLINA, 2008, pág. 147). De igual manera, conforme al derecho autónomo del libre desarrollo de la personalidad, Farfán plantea el derecho de las personas a una autodeterminación que implica adoptar, sin intromisiones ni presiones, la decisión que estime acertada, para construir o destruir su propia vida.

En este caso, la asistencia que se le presta al paciente no desconoce el derecho a la vida, por el contrario, es sobre la base de éste que se busca el respeto de la decisión del ser humano bajo las condiciones inherentes al tema. Este derecho, según Puente Ojeda, (como se cita en FIBLA, 2000) implica la prohibición de intervención de terceros, es decir, *“que nadie tiene derecho a impedir a otro que se quite la vida si así lo decide. El derecho absoluto a la propia vida, a conservarla o a quitársela, o por comisión de otro, no puede quedar limitado u obstaculizado por un tercero: por nadie”* (pág. 49).

La decisión de suicidarse, aun cuando pueda ser objeto de crítica moral, no conlleva un ilícito. Ferri ya lo consideró cuando manifestó que *“el hombre tiene derecho a disponer de su vida”* y Núñez Paz (2006) explica que esta afirmación se sustenta en que el derecho a la vida es renunciable o abdicable por parte de quien sea el titular, esto es: el hombre si tiene el derecho a vivir posee asimismo el derecho a morir. Cuando se reconoce esta autodisponibilidad del bien jurídico, Cornacchia (2003) señala que se debe observar siempre que el único sujeto legitimado para disponer de ella precisamente es su portador, jamás un tercero, como se da en los casos de eutanasia en donde la acción recae en un tercero, situación radicalmente distinta al suicidio asistido donde quien se última es la propia persona.

Conjuntamente con esta teoría, en las últimas décadas se ha empezado a afirmar “el derecho a una muerte digna” que justificaría el actuar del paciente terminal. Este derecho implicaría:

(...) El derecho a conocer la verdad de su estado, a decidir sobre las intervenciones médicas a las que haya de ser sometido, a no sufrir inútilmente, a que se respete su libertad de conciencia, a mantener un diálogo confiado y solidario con los médicos, así como a ser acompañado por sus familiares, y a recibir asistencia espiritual (SAMBRIZZI, 2005, pág. 215).

En este punto, el debate generado entre los entendidos en la materia se ha enmarcado en que el reconocimiento de un derecho como tal incumple con una de las características propias de los derechos: la generalidad. No obstante, Luis Guillermo Banco (1997, pág. 49) aclara que:

La expresión derecho a morir con dignidad sólo es susceptible de ser empleada con relación a los enfermos de carácter terminal y, por tanto, de aquellos cuya muerte es –de acuerdo a los conocimientos de la ciencia médica- irreversible, y no con respecto a quienes eluden o se niegan a la aplicación de tratamientos de carácter ordinario susceptibles de lograr su curación (SAMBRIZZI, 2005, pág. 217).

Lo que se desea conseguir con el suicidio asistido, afirma Méndez Baiges (2002, pág. 53), es que se le permita al paciente manejar sin injerencias al menos una parte de su muerte, evitándose que la misma sea un objeto pasivo en manos de su familia, de la técnica o de los especialistas. El mismo autor reflexiona, ante el debate del reconocimiento del derecho a una muerte digna, que:

Aunque exista discusión acerca de las decisiones que pueden legítimamente incluirse en ese derecho y acerca del alcance de las facultades que se está dispuesto a considerar que lo integran, todos parecen estar de acuerdo en admitir que, en principio un derecho que garantiza la libertad y el libre desarrollo de la personalidad, la libertad ideológica y religiosa, la dignidad, la intimidad personal o el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes en el proceso de morir, no puede considerarse contrario a los principios de la justicia ni ajeno a los preceptos constitucionales que dan forma a la tradición occidental (SAMBRIZZI, 2005).

4.7. *La sacralidad de la vida, Ronald Dworkin*

“Life’s dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom” es la obra que en 1994 Ronald Dworkin publicó y en la que desarrolla la teoría de la sacralidad

de la vida para explicar la relatividad del bien en casos como el aborto, eutanasia y suicidio asistido.

El autor, al respecto de la eutanasia y del suicidio asistido, diferencia dos posturas marcadas: la conservadora y la liberal. Para la primera, el valor de la vida está localizado en un aspecto biológico basado en creencias religiosas que consideran que Dios es el único que tiene poder de disposición, de ahí que consideren siempre mejor la muerte que tarda más en llegar. Para la segunda, ésta reconoce mayor importancia a las decisiones y los compromisos personales a la simple existencia, en consecuencia, admite que en algunos casos es preferible la muerte prematura.

Lo que Dworkin precisa mostrar es que existe otra manera de entender y respetar el valor intrínseco de la vida para no caer en el absurdo de defender su santidad prolongando una vida que es considerada intrínsecamente mala para quien la vive. Panicola, (como se cita en ÁLVAREZ DEL RÍO, 2005), coincide con el autor, y manifiesta que *“el valor sagrado de la vida de cada persona debe definirse de acuerdo con lo que cada una encuentra que da valor a su vida”* (pág. 72). Para entender la decisión que toma el paciente en estado terminal, el autor explica que ésta reflejaría todo lo que consideramos bueno para nuestra propia vida y utiliza la siguiente analogía: *“A una buena obra corresponde un buen final”*. Por lo tanto, Dworkin (1998) deduce que dadas las circunstancias, *“no existe duda que la mayoría de las personas querrían que la muerte expresará los valores que consideraron más importantes en su vida”* (MASSINI CORREAS, 2001).

No obstante la observación realizada, el autor también destaca la variedad de decisiones que pueden tomar personas que padecen el mismo cuadro clínico, por ejemplo un paciente puede aferrarse a la vida so pesar de las consecuencias de su enfermedad y otro puede decidir cesar con tratamientos que no mejorarán su salud considerando un diagnóstico mortal. El caso es que las personas quieren diferentes finales en sus vidas porque de esa manera expresan sus *intereses críticos*, distinto de los *intereses experienciales*. Dworkin explica que los primeros representan juicios, convicciones y valores personales, como la integridad y la dignidad, conformando así la idea de lo que es bueno para la vida de las personas. En cambio, los intereses experienciales se refieren a la satisfacción o el placer que se obtiene de hacer algo, por lo que éstos no podrían explicar por qué para alguien es crucial decidir sobre una situación que no va a experimentar o, por el contrario, cómo es que alguien decide vivir en una condición en la que padece un dolor enorme.

En cuanto a la intromisión del Estado en las decisiones del ser humano en el final de su vida y como lo afronta, Dworkin proclama el principio de responsabilidad. De conformidad a éste, el Estado tiene el poder de animar a los individuos a que, reflexiva pero liberadamente, decidan cuál es el valor que le conceden a la vida humana globalmente considerada; pero no tiene el poder de obligarlos coactivamente a tomar una decisión final al respecto. Esto se explica por dos motivos:

Primero, porque la mencionada concepción de integridad incluye una dimensión de autonomía, no solamente en la confección del plan de vida, sino también en su puesta en práctica. De forma tal que no asume que los individuos competentes tengan valores consistentes, o que realicen siempre elecciones acertadas o que siempre lleven vidas estructuradas y reflexivas. Reconoce, por el contrario, que las personas con frecuencia realizan elecciones que reflejan debilidad, indecisión, capricho o pura irracionalidad (...) el derecho a la autonomía protege y alienta en cualquier circunstancia dicha capacidad para orientar sus vidas según su criterio (MASSINI CORREAS, 2001, pág. 116).

Dworkin aclara que lo que hay que entender cuando alguien decide morir es que lo hace porque rechaza la forma de vida y de muerte que le impone su enfermedad, quiere hacerlo sin sufrimiento y asegurarse de no fallar, he ahí la necesidad de la colaboración de un médico, porque en razón de sus conocimientos profesionales, es quien está mejor capacitado para dar la asesoría y las facilidades para conseguir los fármacos necesarios. El autor concluye, que desde el punto de vista de la inversión personal, el suicidio asistido puede constituir la mejor forma, para cada sujeto, de respetar el “*valor intrínseco*” de la vida.

CAPÍTULO II. TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SUICIDIO ASISTIDO EN EL MUNDO

1. América

1.1. *Estados Unidos*

1.1.1 *Oregón*

La Ley para Morir con Dignidad de Oregón (*The Oregon Death with Dignity Act*) contiene 95 artículos que regulan el suicidio asistido, entre los que se determina principalmente: el procedimiento que deberá seguirse, las penalidades a las que da lugar en caso de incumplimiento y un ejemplar de la petición que deberá realizar el paciente en el caso que decida acogerse a este mecanismo.

Conforme narra Sambrizzi (2005), esta ley fue sancionada el ocho de noviembre de 1994, previa aprobación mediante referéndum (51% contra 49%). De acuerdo a ella, el paciente al que se le haya diagnosticado una enfermedad terminal puede solicitar por escrito que se le suministre una medicación apta para poner fin a su vida, siempre y cuando se trate de una enfermedad incurable e irreversible y que haya sido confirmada por lo menos por dos médicos, quienes deben emitir un diagnóstico en ese sentido; adicionalmente, la esperanza de vida del paciente no debe exceder de los seis meses.

La persona que se encuentre en el estado al que se refiere la ley y quiera solicitar que se lo auxilie para poner fin a su vida debe ser mayor de 18 años de edad, ser legalmente capaz para tomar decisiones y residir en el Estado de Oregón, pudiendo obtener la medicación adecuada luego de cumplir determinados requisitos, entre los cuales se halla la realización de un examen médico y la previa notificación a los familiares.

Con el fin de precautelar la seguridad de la decisión, el paciente deberá solicitar oralmente en dos oportunidades que lo asistan para morir, así como llevar a dos terapeutas al convencimiento sobre su sinceridad y ratificar su deseo libre y voluntario de morir. No debe existir una situación depresiva y la persona debe ser informada sobre las alternativas factibles con respecto a las posibilidades de control del dolor. Una vez que se haya cumplido los requisitos antes mencionados, se debe esperar hasta quince días para que se le pueda suministrar la medicación oral que ponga fin a su vida, la que será entregada en un plazo no menor de 48 horas desde su última confirmación.

A más de lo establecido en líneas anteriores, la ley establece que la iniciativa del suicidio asistido no podrá ser propuesta directamente por el médico tratante en ningún caso, ni deberá ser utilizada como una política del centro de salud; de lo contrario, dará lugar a responsabilidad penal como delito de clase A.

Álvarez del Río (2005) observa que “*no debe olvidarse que las personas que se benefician de la ley de Oregón no escogen entre la vida o la muerte, puesto que son terminales; únicamente escogen cuándo y cómo morir*” (pág. 183).

1.1.2 EL caso de Jack Kervokian

El conocido “Doctor Muerte” es uno de los personajes más controversiales en Estados Unidos – su país de origen – y alrededor del mundo cuando se debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

Según Markmann Turiel (2003), Kervokian fue involucrado en 130 casos de suicidio asistido y eutanasia desde 1990. El primer caso por el cual debió responder fue por la muerte de Janet Adkins en Portland, Oregón, pero el juez desestimó el cargo porque ninguna ley de ese estado prohibía el suicidio asistido. Por la misma razón quedó desvinculado de otra muerte en 1992.

Kervokian fue enjuiciado cuatro veces, con tres absoluciones y un proceso anulado por vicios formales. Sin embargo, el caso que lo llevó a prisión fue el homicidio en segundo grado de “*Thomas Youk, de 52 años, quien vivía en una silla de ruedas a causa de los efectos del mal de Lou Gehring*”. Éste fue transmitida en el programa “*Sixty Minutes*” de la red televisiva estadounidense CBS” (MARKMANN TURIEL, 2003, pág. 40). No obstante, fue liberado de prisión en 2007 después de que cumpliera ocho años de una condena entre 10 y 25 años.

En lo que concierne al caso de Adkins, Álvarez del Río (2005) compendia los hechos así:

² Esclerosis lateral amiotrófica.

A esta mujer le habían diagnosticado la enfermedad de Alzheimer y se informó de todas las consecuencias que eso implicaba; consciente de que empezaba a perder sus capacidades, decidió que no quería vivir tal deterioro. Por su parte, el médico no desconocía que sería objeto de innumeradas críticas si respondía al pedido de Janet, pero consideró válida su decisión de poner fin a su vida, en la cual la apoyaron su marido y sus hijos. Kevorkian aceptó ayudarla a morir utilizando su invento, el Mercitron, una máquina con la que la misma paciente puso en marcha el dispositivo para quitarse la vida (...) Una vez que Kevorkian le practicó una punción en la vena para gotear solución salina, la enferma accionó el Mercitron y activó la administración de los otros dos medicamentos: el tiopental, que causa un coma profundo en unos treinta segundos, y el cloruro de potasio, que paraliza el músculo cardíaco sin dolor (pág. 36).

Aún sin ser materia de esta tesis, debe señalarse que Adkins padecía de una enfermedad crónica, como lo es el Alzheimer, pero no terminal –requisito indispensable del suicidio asistido-. Un paciente bajo ese diagnóstico puede vivir un tiempo considerable dependiendo del tratamiento al que se someta y de los cuidados con los que cuente. No obstante, la calidad de vida del paciente sí se ve afectada porque conforme los síntomas van apareciendo su salud empieza a deteriorarse y las facultades neurológicas se pierden irreversiblemente. Por todas estas consideraciones, el suicidio asistido para estos casos debe ser ampliamente analizado desde el campo médico y legal.

1.1.3 Otros Estados

En 2008 el electorado de la capital estadounidense (57.8% vs. 42.2%) votó a favor de la Iniciativa 1000 (I-1000) para legalizar el suicidio asistido aprobando la Ley para Morir con Dignidad de Washington -*Washington Death with Dignity Act*- que entró en vigor el cinco de marzo de 2009.

Tras este acontecimiento, los estados de Montana y Vermont permitieron el suicidio asistido, como lo reseña la Asociación Federal Española: Derecho a Morir Dignamente:

El cinco de diciembre de 2008 un Juez del Estado de Montana, a propósito de una demanda de un enfermo terminal apoyado por una asociación pro-muerte digna, dictaminó que los

enfermos terminales tienen el derecho a la libre administración de dosis letales de medicamentos recetados por un médico, sin que pueda haber sanción legal contra los profesionales. En diciembre de 2009, la Corte Suprema de Montana sostuvo que ningún precedente legal indica que la asistencia médica en la muerte esté en contra de las políticas públicas, por lo que, por una vía diferente al referéndum, el suicidio asistido es legal en este Estado.

En mayo de 2013 el estado de Vermont, se convirtió en el tercer estado del país en permitir el suicidio asistido por médicos, habilitando a los pacientes terminales a solicitar medicación letal. El gobernador demócrata de Vermont, Peter Shumlin, afirmó que se promulgará la Ley de decisión de poner fin a la vida (End of Life Choice Bill), aprobada por la Cámara de Representantes en Montpelier, la capital del estado, por 75 contra 65 votos. 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 período de espera de 17 días antes de la prescripción para poner fin a la vida (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente).

1.2. Colombia

En el país sudamericano el tema de la eutanasia fue abordado por la Corte Constitucional mediante sentencia C-239 de 1997. Aun cuando el tema que se analiza es distinto al suicidio asistido, puede desprenderse del contenido de la providencia más de un aporte a la ciencia jurídica sobre el tema.

Así, en cuanto al principio de dignidad humana, la Corte parte de la premisa que la Constitución establece que el Estado colombiano está fundado en el respeto a la dignidad de la persona humana; esto significa que, como valor supremo, la dignidad irradia el conjunto de derechos fundamentales reconocidos, los cuales encuentran en el libre desarrollo de la personalidad su máxima expresión. El principio de la dignidad humana atiende necesariamente a la superación de la persona, respetando en todo momento su autonomía e identidad.

Concreta el principio de solidaridad como uno de los postulados básicos del Estado Colombiano, fundándose en el artículo 1 y 95 de la Constitución, principio que envuelve el deber positivo de todo ciudadano de socorrer a quien se encuentra en una situación de necesidad con medidas humanitarias. Vincula este valor al considerar el socorro que presta un tercero, movido por altruismo y solidaridad, a quien padece de intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable y que voluntariamente desea cesar su dolor.

Pormenoriza que la Constitución se inspira en la consideración de la persona como un sujeto moral, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que en primer término a él incumbe, debiendo el Estado limitarse a imponerle deberes, en principio, en función de los otros sujetos morales a quienes está avocado a convivir, y por tanto, si la manera en que los individuos ven a la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral. En palabras de la Corte: el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad.

Al estudiar el carácter absoluto de los derechos consagrados en la Constitución, se afirma que sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana. Y si los derechos no son absolutos, tampoco lo es el deber de garantizarlos, que puede encontrar límites en la decisión de los individuos, respecto a aquellos asuntos que sólo a ellos les atañen, como lo es su propia muerte.

Se explica que el deber del Estado de proteger la vida debe ser compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello, frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. En efecto, en ese caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto. En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias

dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como un valor abstracto.

El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico.

Una vez que la persona ha decidido morir, la Corte establece varios requisitos, entre estos que el consentimiento debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión. Por ello, la Corte concluye, que el sujeto activo debe ser un médico, puesto que es el único profesional capaz no sólo de suministrar esa información al paciente sino además de brindarle las condiciones para morir dignamente. Por ende, en los casos de enfermos terminales, los médicos que actúen con el consentimiento de la persona no pueden ser, entonces, objeto de sanción y, en consecuencia, los jueces deben exonerar de responsabilidad a quienes así obran.

En la aclaración de voto del Magistrado Eduardo Cifuentes Muñoz se determina que “*el pedido del paciente terminal de que se produzca la extinción de su vida, coloca al médico en el deber de abstenerse de emprender o mantener todos aquellos procedimientos tendientes a prolongarla*”. Es decir, que una vez que la persona ha decidido, en este caso suicidarse, el médico no tiene la obligación de intentar ningún otro tratamiento y debe respetar la disposición de su paciente.

La Corte reflexiona que la solicitud del paciente terminal, dirigida a que se abrevie su fin, se orienta a que se reduzca la carga de sufrimientos y padecimientos que resultan vanos en la medida en que los esfuerzos médicos objetivamente se revelen inidóneos para curar la enfermedad que lo aqueja y que tiene carácter irreversible. Si efectivamente la curación se encuentra descartada, la medicina tiene que asumir en este trance un signo diferente del que la caracteriza de ordinario. Su función, en efecto, no será la de restablecer la salud del enfermo, sino la de ayudarlo a tener una muerte digna y a mitigarle, hasta donde sea posible, el dolor que se apodera de su cuerpo.

La Corte concluye entonces que, el Estado y el médico tendrán que respetar y acatar la opción del paciente, puesto que ni uno ni otro tienen la obligación del derecho de prolongar, sin autorización del paciente, artificialmente su existencia, y menos todavía la de alargar infructuosamente sus padecimientos. Si se hace caso omiso de la voluntad del paciente terminal, proseguir el tratamiento y las terapias de mantenimiento, pese a su oposición, conduce a la situación inadmisiblemente constitucionalmente de plantear sobre su cuerpo extraño pretensiones de dominio y de intervención que anulan la autonomía y los derechos de su esfera privada e íntima de la persona a la que pertenece.

A pesar de lo dictaminado por la Corte Constitucional en el siglo pasado, hasta la fecha, no existe reforma ni creación de legislación respecto a la materia. Tal es así, que el artículo 107 del Código Penal dispone que:

El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos a ciento ocho meses.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis a treinta y seis meses.

Empero, el artículo 32 numeral segundo del mismo cuerpo legal establece que: *“No habrá lugar a responsabilidad cuando se actúe con el consentimiento válidamente emitido por parte del titular del bien jurídico, en los casos en que se puede disponer del mismo”*. Se observa que aun con el pronunciamiento de la Corte Constitucional sobre el bien jurídico

“vida” y la validez del consentimiento, el legislador no lo considera como un elemento de ausencia de responsabilidad para los delitos que atentan contra la vida.

1.3. Uruguay

El Código Penal de este país establece como “causas de impunidad”, en el artículo 37 que: *“Los jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables autor de un homicidio efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”*.

El profesor José Irureta Goyena, colaborador en la elaboración del Código Uruguayo, (como se cita en JÍMENEZ DE ASÚA, 1984) por ilustra el precepto transcrito con estas breves palabras: *“El consentimiento no desvanece el delito: suprime la pena; este elemento opera subjetiva y no objetivamente. El fundamento por el que se añadió el artículo reside en la ausencia de peligrosidad del agente”* (pág. 376).

1.4. Argentina

Dentro de esta Nación, se promulgó la ley 26.742: *“Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”*³ el 21 de octubre de 2009. Conforme a su contenido, el artículo 2 establece los principios rectores que los profesionales e instituciones de la salud deben considerar en su relación con el paciente, dentro de los cuales se destacan los literales b y e:

- Trato digno y respetuoso: *“El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”*.

³ Texto añadido en la reforma realizada el 02 de mayo de 2012 conforme consta en la Ley No. 26.742.

- Autonomía de la Voluntad. “El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significarán la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”.

El artículo 11 referente a las Directivas Anticipadas fue reformado en su contenido el 09 de mayo de 2012, cuyo contenido versa así:

Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.

Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

Carpizo (2010) indica que en Argentina lo que se ha permitido es la eutanasia pasiva prevista en el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina de 2001. El capítulo 34 de ese Código tiene como epígrafe “De la eutanasia y del suicidio asistido”. Conforme a los artículos 546 y 548:

“El paciente tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica para evitar el sufrimiento tanto físico como psíquico, pero en todas circunstancias se debe respetar la autonomía del paciente, con excepción de los menores de edad y de los discapacitados mentales, en cuyo caso se requiere la participación de sus representantes. El paciente terminal tiene derecho a evitar el ensañamiento terapéutico, pero el suicidio asistido queda prohibido” (CARPIZO, 2010, pág. 113).

1.5. Perú

En este país existe dos tipos penales a analizar dentro del tema: el homicidio piadoso y la ayuda al suicidio. En el primero, conforme al artículo 112, el sujeto activo de delito es quien efectúa el acto, configurándose eutanasia, sin embargo se contempla el móvil que es poner fin a los intolerables dolores que padece un enfermo incurable y que le solicita, de manera expresa y consciente, su ayuda. Este delito está castigado con pena privativa de libertad no mayor de tres años.

En el caso de la ayuda al suicidio, ésta se encuentra tipificada en el artículo 113, aquí se establece como un acto que puede recaer en cualquier individuo independientemente de su condición de salud. La pena, ya sea por tentativa como por la consumación del delito, será no menor de uno ni mayor de cuatro años. En el segundo inciso de este artículo se agrava la pena de dos a cinco años si el agente actuó por un móvil egoísta.

2. Europa

2.1. *Holanda*

Este país fue el primero en legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, siendo el ejemplo a tomar tanto en la forma como debe ser planteada como en las consecuencias que implica esta decisión.

El actual Código Penal Holandés mantiene los tipos penales de homicidio, instigación y auxilio al suicidio, no obstante, se elimina la pena cuando se trate de eutanasia y suicidio asistido.

El artículo 293 contiene que:

1. El que quita la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.
2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de Funerales.

El artículo 294 dispone que:

1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de categoría cuarta.
2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 93, párrafo segundo.

Antes de precisar el contenido de la Ley a la que hace mención el Código Penal, debe señalarse que la iniciativa por la que se legisló sobre la materia fue la relevancia jurisprudencial que alcanzó el tema. Así, Sambrizzi (2005) relata que en un caso resuelto en el año 1981, la Corte Criminal de Rotterdam expuso una serie de pautas sobre cuál era la forma de ayudar a morir a otra persona sin que ello genere una responsabilidad jurídica, al afirmar que el auxilio al suicidio no debía ser punible en el caso de sufrimiento físico o psíquico insoportable y persistente, si la decisión para morir había sido tomada voluntariamente por el suicida, con conciencia de la situación y de las alternativas, no debiendo concurrir la existencia de otra solución razonable.

El mismo autor acota que el Tribunal Supremo de Holanda en una sentencia del año 1984, resolvió que el médico que había causado la muerte de su paciente en determinadas circunstancias, como: cuando había existido una petición voluntaria del enfermo cuyos sufrimientos causados por su enfermedad eran graves e insoportables, o cuando existía una imposibilidad comprobada de mejorar de condición se eximía de responsabilidad penal.

Relata Núñez Paz (2006) que en un caso en el que el acusado era un médico que luego de un largo proceso de reflexión, suministró una inyección letal a su madre, enferma y hemipléjica, de 78 años de edad, que vivía en una residencia sanitaria y que en forma insistente le había rogado a su hijo que pusiera fin a su vida, el Tribunal holandés estableció la admisibilidad de un acto de eutanasia, en el caso de que se dieran los siguientes supuestos: a) si por enfermedad o accidente, el paciente fuera un enfermo incurable; b) si soportase un sufrimiento físico o psíquico insoportable; c) si siendo posible, hubiera expresado por escrito su voluntad de poner fin a su vida; d) si la muerte fuera inminente; y e) si la acción fuese realizada por un médico especialista, o por otro que hubiese consultado con aquél y fuese el que tratase al enfermo.

Pero, no es hasta 1994 que el tema alcanza la cúspide tras la sentencia Chabot dictada por el Tribunal Supremo de Holanda, el 21 de junio de 1994:

El Tribunal afirmó que, bajo determinadas circunstancias, la eutanasia y la ayuda al suicidio pueden considerarse justificadas, Así, en el caso concreto de Chabot, acepta que éste parecería haber actuado bajo una situación de necesidad provocada por el conflicto entre su deber de preservar la vida y el deber de hacer todo lo posible para aliviar el sufrimiento, insoportable e irreversible, de un paciente sometido a su cuidado, y admite, en

tal caso, el mayor paso de este último deber frente al primero” (JUANATEY, 2004, pág. 195).

Según lo relata Diario El País (1993), Boudewijn Chabot era un psiquiatra que había ayudado a morir a una mujer de 50 años en 1991 para evitarle un sufrimiento moral. Él confesó haber suministrado a la mujer, Hilly Bosscher, 20 píldoras para dormir, que ella mezcló con un postre con sabor a vainilla y, tras ingerirlas, tomó un medicamento para no vomitar. Bosscher murió acompañada de dos psiquiatras y un amigo. La mujer, en agosto, había contactado con Chabot tras obtener la dirección en la Asociación para la Eutanasia Voluntaria. Los motivos que la condujeron a esa decisión fueron haber perdido a sus dos hijos en circunstancias trágicas: uno se había suicidado en 1986 y otro falleció de un tumor maligno en 1991. Por otra parte, acababa de divorciarse.

El tribunal concluyó que el sufrimiento de Bosscher era insoportable, aunque no estuviese mortalmente enferma. Chabot, según los jueces, actuó escrupulosamente, y consultó previamente a 7 colegas, de los cuales 6 estuvieron de acuerdo con él.

En ese contexto se creó la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio - *Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act* - (Ley 26.691), vigente desde el 2002.

En el artículo uno se establece que: “*El auxilio al suicidio resulta del hecho de ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal*”.

A su vez, en el inciso d) se contempla la figura del asesor, que es: “*El médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio médico al suicidio*”.

2.2. Bélgica

La ley correspondiente a la eutanasia - *Loi relative à l'euthanasie* – entró en vigor el 20 de septiembre de 2002, contiene 16 artículos y a diferencia de Holanda, ésta solo establece

normas referentes a la eutanasia y no legisla el suicidio asistido. Es así que Schamps (2006) menciona que “*sólo la eutanasia es despenalizada y no la asistencia al suicidio. Además, ésta podría constituir la infracción de abstención de asistencia a una persona en peligro (art. 422 del Código Penal)*” (pág. 130).

Aun cuando este país no legaliza el suicidio asistido parece importante resaltar una disposición de utilidad procesal en materia sucesoria y contractual –especialmente en lo concerniente a seguros- que podría contemplarse en el Ecuador en el marco de esta propuesta y es que: “*la persona fallecida a consecuencia de una eutanasia, practicada en el respeto de las condiciones legales, es declarada fallecida de muerte natural*” (SCHAMPS, 2006, pág. 128).

2.3. Luxemburgo

Este es el tercer país en legislar sobre la eutanasia y el suicidio asistido a través de la Ley que regula los Cuidados Paliativos, la Eutanasia y el Suicidio Asistido - *Législation Réglementant Les Soins Palliatifs Ainsi Que L'euthanasie Et L'assistance Au Suicide* -, que entró en vigor el 16 de marzo de 2009 y contiene 16 artículos.

La ley modifica el artículo 397 del Código Penal y establece la atipicidad del delito en el caso que sea efectuado por un médico. Dentro de este cuerpo legal se establece los siguientes requisitos: a) quien solicita el suicidio debe ser un adulto legalmente capaz, b) su decisión debe ser voluntaria y reiterada; c) el paciente debe estar en una situación médica sin esperanza de mejoría y reportar un sufrimiento constante e insoportable; d) la petición de suicidio asistido debe constar por escrito y ser firmada en la presencia de dos testigos; en el caso que éste no pueda hacerlo deberá hacerlo una persona de su elección. Este documento puede ser revocado en cualquier momento y cada cinco años debe renovarse.

El médico tratante tiene el plazo de 24 horas para presentar por escrito su objeción de conciencia, comunicarla al paciente y remitirlo a otro profesional. En el caso que decida aceptar la decisión del paciente y llevarla a cabo, debe cumplir con los siguientes requisitos formales: a) informar al paciente sobre su estado de salud, su esperanza de vida, los tratamientos posibles y sus consecuencias; todo lo cual debe ser grabado y adjuntado a

la historia clínica; b) constatar la persistencia del sufrimiento físico o mental del paciente y la voluntad expresa de realizar el suicidio asistido; c) consultar a otro médico sobre la gravedad e incurabilidad de la enfermedad, quien deberá concluir en un informe que el diagnóstico es similar al dado por el médico principal; d) asegurarse de que el paciente ha tenido la oportunidad de hablar con sus familiares; y, e) informar sobre la decisión del paciente a la Comisión Nacional de Control y Evaluación dentro de los ocho días siguientes al hecho. En el caso que no se cumplan con los requisitos, el médico puede estar sujeto a sanciones administrativas por parte del Colegio de Médicos quienes, si así lo deciden, comunicarán a la Fiscalía de los hechos para que se inicie la acción penal.

2.4. *España*

Cataluña adoptó el “testamento vital” en diciembre de 2000 y Extremadura en junio de 2001. La primera disposición de carácter nacional es la “Ley de Autonomía del Paciente”. En este país, según Sambrizzi (2005), lo que se ha permitido es la eutanasia pasiva y expresa:

El Código de Ética y Deontología Médica español dispone que en caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre (págs. 324,325).

El Código Penal Español prohíbe el suicidio asistido y establece en el artículo 143, que:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a 10 años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

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

Sin embargo, aún con la penalización del suicidio asistido, España atravesó por uno de los casos judiciales más destacados en la palestra internacional: Ramón Sampedro.

2.4.1. Ramón Sampedro

Este ciudadano español quedó tetrapléjico cuando tenía 25 años de edad a causa de un golpe en la nuca al tirarse de cabeza al mar en la playa de As Furnas, en Galicia, en agosto de 1968. El 12 de enero de 1998 se suicidó mediante la ingestión de cianuro disuelto en un vaso de agua, para lo cual fue ayudado por Ramona Maneiro.

Ramón Sampedro intentó durante varios años que la justicia permitiera que alguna persona lo ayudara a suicidarse, para lo cual transitó por los tribunales de Barcelona y Coruña, como también ante el Tribunal Constitucional, pero siempre con resultado adverso, pues la Justicia le negó la autorización para ser asistido a ese efecto, lo que también hizo el Comité Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo, ante el cual también llegó el reclamo.

El caso de Sampedro se presentó asimismo ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en Ginebra, el que solicitó al Gobierno español informaciones y explicaciones relacionadas con la demanda interpuesta ante dicho Comité por la heredera de Sampedro, quien invocó el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que España ratificó en el año 1997, en cuyo artículo 17 se reconoce el derecho a la intimidad de la vida privada sin injerencias externas arbitrarias, el que, según se aseguró, habría sido conculcado por el Estado español. Lo cual resultaría del hecho de haberse negado la Justicia española a reconocerle el derecho a que le ayuden a morir, lo que habría implicado, según se sostuvo, “*una violación de su derecho a no sufrir tratos inhumanos o*

degradante garantizado por el Pacto, en relación a su derecho a una vida digna” y en consecuencia, a su derecho a morir dignamente”. (SAMBRIZZI, 2005, págs. 165, 166)

Por este caso ningún colaborador fue declarado culpable debido a la imposibilidad de la fiscalía de determinar con exactitud la identidad de quienes participaron en la ayuda al suicidio del ciudadano español. Ramón Sampredo organizó su suicidio de tal forma que, quienes participaron en los actos preparatorios lo hicieron bajo una múltiple división de responsabilidades y ninguna determinante, manteniendo Sampredo en todo momento el dominio del acto, propio de un suicidio asistido aunque en el caso particular no se contó con la colaboración de un médico.

2.5. *Inglaterra*

En Reino Unido la eutanasia y el suicidio asistido son conductas prohibidas legalmente aunque no han faltado las propuestas presentadas. Sin embargo, Carpizo (2010) señala que, en septiembre de 2009 la oficina del fiscal británico (Crown Prosecution Service, CPS) emitió directivas para ser aplicadas por los fiscales: *“Interim policy for prosecutors in respect of cases of assisted suicide”*.

La directiva adopta criterios conforme a los cuales cada caso de suicidio asistido debe ser valorado por los fiscales para determinar, conforme a las circunstancias específicas, si procede iniciar un proceso penal. Para tal efecto se enuncian los factores que deben considerarse desde la perspectiva del interés público a efecto de iniciar una averiguación penal y los que, por el contrario, deben tenerse en cuenta para no incoar la acción.

Entre los factores relevantes en contra de la acción penal se incluyen: que la víctima haya solicitado auxilio para el suicidio de una manera clara, informada y enfática; que la víctima se lo haya pedido de manera inequívoca a la persona cuya asistencia requería; que entre la víctima y su auxiliar existiera un vínculo de parentesco o una relación afectiva o sentimental estrecha; que la ayuda se haya prestado como un acto compasivo, o que la víctima fuera incapaz de actuar por sí sola para lograr el suicidio.

Entre los factores para iniciar la acción penal la directiva incluye los siguientes: que la víctima sea menor de edad, que el auxilio sea prestado por quien haya participado en otro

caso de suicidio asistido, por quien haya recibido alguna compensación por hacerlo, o por una organización o grupo entre cuyos objetivos figure asistir en el suicidio.

2.6. Alemania

En este país no está tipificada ninguna conducta referente al suicidio, así, el único delito considerado, referente al tema, es el homicidio a petición *-Tötung auf Verlangen-* en el artículo 216 del Código Penal y que reza: “*Si alguien ha pedido a otro que lo mate por medio de expresa y seria petición del occiso, entonces debe imponer pena privativa de la libertad de seis meses a cinco años*” (Traducción de LÓPEZ DÍAZ, 1999).

Sin embargo, Núñez Paz (2006) señala que buena parte de la doctrina científica en Alemania ha considerado que no existe delito de homicidio a petición en los casos de suicidio libre y responsable. La decisión última sobre la causación de la muerte pertenece al paciente, de lo que se desprende que, toda prestación de ayuda es considerada una participación no punible al suicidio.

Por parte de los Tribunales, Roxin resalta dos casos referentes a la eficacia de medidas extraordinarias y el suicidio asistido. La primera es la sentencia de 1980 del Tribunal Supremo Federal de Alemania, de acuerdo a la cual:

No existe una obligación jurídica de mantener a cualquier precio una vida que se extingue. Las medidas que alargan la vida no son imprescindibles por el hecho de ser tecnológicamente posibles. En vista de que la tecnología médica ha sobrepasado los límites actuales, la frontera del deber de tratamiento médico en la decisión del caso concreto no se determina con la eficacia de los artificios, sino con el respecto a la vida y a la dignidad de la persona. (2008, pág. 37)

La segunda es la sentencia del 31 de julio de 1987 del Tribunal Superior de Justicia de Múnich en la que desestima la acusación formulada por la Fiscalía al doctor Hacketal por homicidio a petición, reiterando la decisión del Tribunal de Traunstein, bajo el argumento que el derecho del enfermo de aceptar o rechazar un tratamiento incluye el de elegir la muerte. Los hechos acontecieron en 1984 cuando el procesado había dado cianuro potásico

a una mujer gravemente enferma que padecía un cáncer incurable que se extendía por el cerebro. La paciente se bebió el veneno mezclado con agua, a consecuencia de lo cual falleció al poco tiempo de modo apacible sin indicios de agonía.

Para Roxin (2008) la decisión radica principalmente en que *“no puede ser responsabilizado penalmente quien posibilita la muerte libre de otra persona que padece graves sufrimientos y que quiere acabar con su vida, poniéndole a su disposición veneno (...)”* (pág. 37).

2.7. Suiza

Conocido como el país del *“turismo de suicidio”*, Suiza reportó de 2008 a 2012 más de 611 casos de extranjeros que arribaron con este fin, así lo confirma la publicación de la revista *Journal of Medical Ethics*, *“Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomén”*. En el país existe seis organizaciones que prestan ayuda para morir, cuatro de ellas permiten a no residentes usar sus servicios, las más antiguas son “Dignitas” y “Exit”.

Conforme lo señala Diario El País:

Los 611 casos estudiados procedían de 31 países, pero casi dos tercios eran nacionales de Alemania (268), Reino Unido (126) y Francia (66). Con edades comprendidas entre los 23 y los 97 años —con una mediana de 69— las enfermedades que padecían eran neurológicas (47%), cáncer (37%), reumáticas y cardiovasculares (G. SEVILLANO, 2014).

Sambrizzi (2005) advierte que en este país, el auxilio al suicidio que haya sido intentado o consumado, sólo es punible cuando la ayuda haya sido prestada con un móvil egoísta, por venganza, odio o crueldad, ascendiendo en tal caso la pena a reclusión de hasta cinco años, o prisión. Si ninguna de esas condiciones se cumple, el acto no sería punible.

Por su parte, Núñez Paz (2006) especifica que se permite el suicidio asistido sólo en casos de personas conscientes que padecen una enfermedad incurable o mortal a corto plazo y que consistirá en ofrecer la ayuda necesaria -nunca de un médico- para facilitar la muerte de quien claramente quiere acabar con su vida pero no tiene medios para hacerlo.

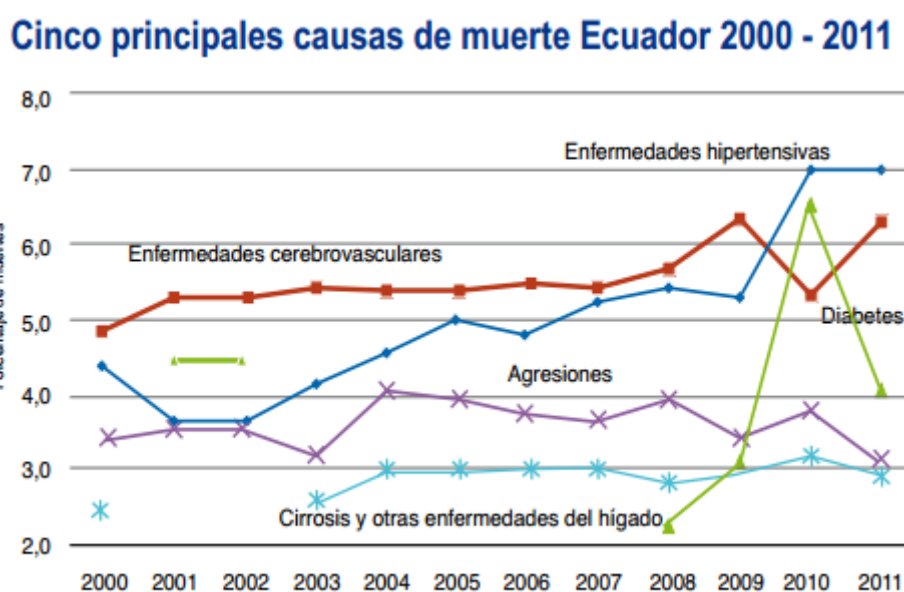
CAPÍTULO III. SUICIDIO ASISTIDO EN EL ECUADOR

1. Epidemiología de Enfermedades Terminales

Acorde a la Organización Panamericana de la Salud (2013), siete de las diez principales causas de mortalidad en América corresponde a enfermedades crónicas. El cáncer es la segunda razón en América Latina.

Conforme al Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas 2013, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se estima que el número de defunciones por año presenta una tendencia al aumento, es así como en ese año las estadísticas reportaron que el número de defunciones hospitalarias corresponde a 1,0 por cada 1.000 habitantes.

Las causas principales de muerte en el país, acorde a los Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010, son:



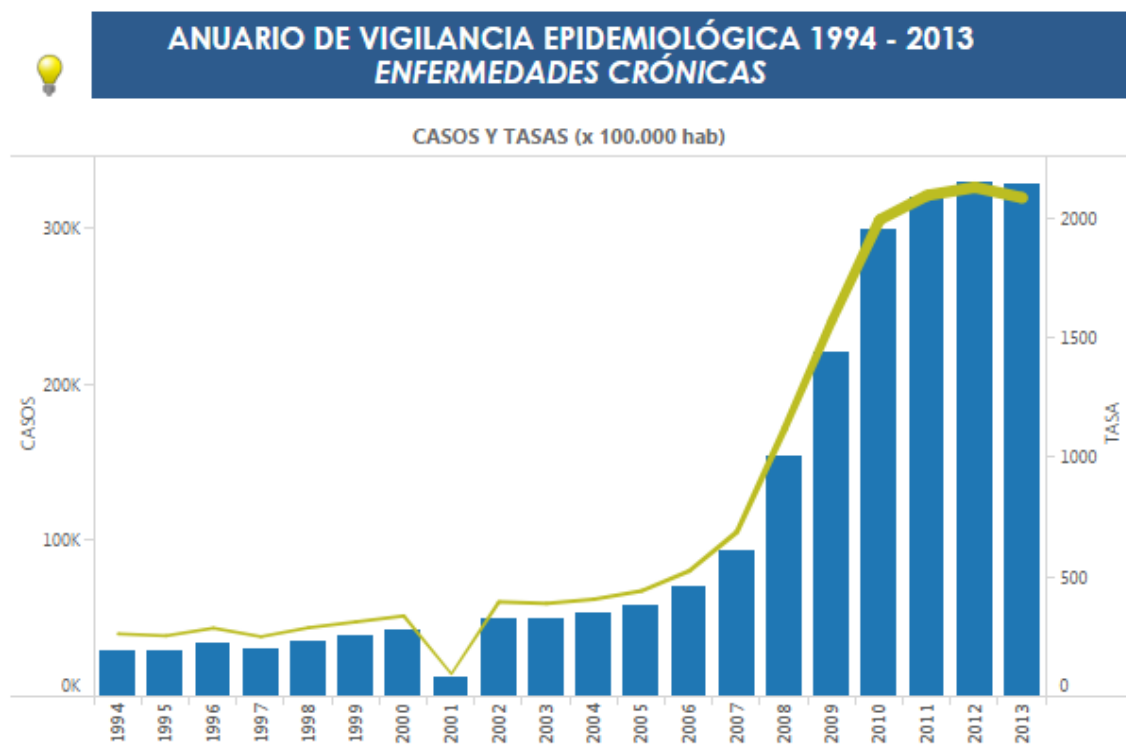
Fuente: (Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, 2012, pág. 41)

Según los datos tomados de la Estadística de Defunciones Generales y Fetales de 2010, realizada por el INEC, se revela que se produjeron 61.681 defunciones, de las cuales se destacan:

No. de defunciones	Causa de defunción
4309	Enfermedades hipertensivas
4017	Diabetes mellitus
3361	Influenza y neumonía
3269	Enfermedades cerebrovasculares
1998	Enfermedades isquémicas del corazón
1933	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
1850	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas
1592	Enfermedades del sistema urinario
1567	Neoplasia maligna del Estómago
1209	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
969	Neoplasia maligna del tejido linfático, órganos hematopoyético y tejidos afines
913	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)
868	Neoplasia maligna de la próstata
727	Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia (VIH)
722	Neoplasia maligna de útero

707	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón
693	Neoplasia maligna del hígado y las vías biliares
617	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, Recto y ano

Entonces, la incidencia de las enfermedades crónicas en el país se refleja de la siguiente manera:



Fuente: Gráfica elaborada por SILVA, Edgar Omar. (2014)

Al tenor del artículo 4 de la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, para incluir el tratamiento de las enfermedades raras, huérfanas y catastróficas, debe entenderse por enfermedad crónica:

Aquella que cumple con las siguientes características: a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona; b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y, c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de

su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria Nacional.⁴

Deberá entenderse por enfermedad raras y huérfanas a *“aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad”*.

De acuerdo al Acuerdo Ministerial No. 00001829 con fecha 06 de septiembre de 2012, R.O. No. 798 del 27 de septiembre del 2012, artículo 3, se considera enfermedad catastrófica a:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer.
- Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- Secuelas de quemaduras GRAVES.
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma tóracoabdominal.

En 2013, *“Ecuador invirtió alrededor de 200 millones de dólares en la cobertura integral de enfermedades catastróficas”* (Ecuador Inmediato, 2014). Los pacientes con estas enfermedades se acogen desde 2012 al Programa “Joaquín Gallegos Lara” y son beneficiarios de cooperación internacional según la Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Condiciones Catastróficas, dictada en 2013 por el Ministerio de Salud Pública.

⁴ El valor promedio de tratamiento mensual corresponde a un valor mayor al de la canasta familiar vital, publicada mensualmente por el INEC.

2. Análisis del Régimen del Buen Vivir

2.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos

Conforme resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948 se aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos, suscrita y ratificada por Ecuador. En el preámbulo de este Tratado reiteradamente se hace mención a la dignidad del ser humano, así consta en los considerandos:

(...) Que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Como se observa, el fin que encausa la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas es la libertad en su máxima expresión y el reconocimiento expreso de la dignidad del ser humano en todo momento. Conforme a lo manifestado, el Art. 1 declara: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencias, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*.

El artículo 3 prescribe que: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*. El artículo 5 hace mención a que: *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”*. El límite al ejercicio de los derechos humanos son exclusivamente el respeto de los derechos y libertades de los demás (Art. 29 num. 2do).

Cuando se trata de suicidio asistido, sobre la base del derecho a la vida, a la libertad y a la prohibición de tortura o tratos degradantes vale la pena puntualizar las siguientes observaciones a la luz del mundo actual. En primer lugar, el derecho a la vida acorde a la dignidad debe entenderse no sólo como el hecho biológico sino como la consecución de objetivos que realiza el ser humano a lo largo del tiempo y que le permiten desarrollarse

como persona, entonces lo que se protege es esta vida querida y deseada por el individuo que le permite desenvolver su personalidad. Por otro lado, cuando se trata de libertad, desde el punto de vista singular, la decisión de culminar la vida en un estado de paz y dignidad no afecta más que al paciente en estado terminal pues no implica la acción de “matar” de un tercero, sino que implica el deseo de “morir”, el que debe ser respetado por la familia, el médico y la sociedad.

En cuanto al trato cruel e inhumano, que ejemplo más claro será el pretender que el paciente, en contra de su voluntad, continúe en un estado que considera ya no es el reflejo de sus convicciones y el estilo de vida al que estaba acostumbrado. Debe tomarse en cuenta que no se trata de una persona que tiene otras opciones, pues su diagnóstico es mortal y lo único que le queda es la espera del fin de su vida. El paciente al tomar esta decisión ha debido examinar los tratamientos disponibles y ante la poca efectividad de los mismos decide culminar su vida de la mejor manera posible, entonces, quién estará legitimado a obligar a otro a continuar viviendo bajo esas condiciones; desde luego la conclusión será que ninguna persona podrá hacerlo pues la decisión de cómo vivir es netamente personal y no se permite la intervención de un tercero en el curso de la vida de otro.

Ahora, alguna parte de la doctrina ha pretendido que se declare el “derecho a morir dignamente” o a “una muerte digna”. Es de valor precisar que la muerte es parte de la vida, es un hecho cierto que inevitablemente todo ser humano deberá afrontar en un momento determinado y es precisamente la finitud de nuestra naturaleza la que debe recordarse. Por lo tanto, “*el derecho a una vida digna incluye el derecho a una muerte digna*” (GRIJALVA, 2009, pág. 78); no se trata de dos derechos distintos sino del mismo expresado en un evento determinado, la muerte. Si bien no todas las personas mueren de la misma forma, y de hecho esto es impredecible, si el ser humano pudiese escoger cómo morir se puede afirmar que desearía hacerlo pacíficamente; es esa la razón principal de la defensa del suicidio asistido, el permitir que una persona, facultado por su autonomía, pueda terminar su vida de la mejor manera como considere posible.

2.2. *Constitución del Ecuador*

Enfocándose en el marco legal ecuatoriano, el análisis obligatoriamente debe iniciar en la norma jerárquicamente superior, la Constitución, vigente desde el 10 de octubre de 2008. Varios son los artículos que se utilizarán como base para sustentar el suicidio asistido como una opción legítima del ciudadano ecuatoriano. Así, el legislador ecuatoriano inicia este cuerpo legal considerando como eje fundamental la dignidad del ser humano, como se desprende del contenido del Preámbulo: *“Nosotras y nosotros, el pueblo soberano del Ecuador, ... decidimos construir... una sociedad que respeta, en todas sus dimensiones, la dignidad de las personas y las colectividades”*.

Esta República se declara un *“Estado constitucional de derechos y justicia... y laico”* (Art 1), del todo relevante para contextualizar el tema en el plano de la objetividad si se precisa deslindarse de una de las mayores críticas que surgen en torno al contenido de esta disertación: la religión.

Dentro de los deberes primordiales del Estado está garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales (Art. 3 num. 1), entre estos, la salud. El ejercicio de dichos derechos se rige bajo principios como: el ejercicio, la promoción y la exigencia de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes, quienes garantizarán su cumplimiento (Artículo 11.1). Por lo tanto, la exigencia del derecho a una vida digna puede ser alegada ya sea por el paciente, por su familia o cualquier organización con interés en el particular.

El artículo 11 numeral 3 establece que los derechos son plenamente justiciables y no podrá alegarse falta de norma jurídica para justificar su violación o desconocimiento ni para desechar la acción por esos hechos ni para negar su reconocimiento. Como se ha afirmado con anterioridad, en el caso del paciente en estado terminal, que en pleno ejercicio de su derecho a la vida y de la dignidad que tiene por el hecho de ser persona, podrá exigir el respeto de su decisión libre y voluntaria en el final de su vida, es decir, practicar sobre sí mismo el suicidio asistido aun sin una norma jurídica existente, pero del todo necesaria vale mencionar.

Sin embargo, una vez que se abra el debate público sobre el suicidio asistido, el legislador estará obligado a dictar norma expresa, ya sea por iniciativa propia o en razón de la casuística, ya que el reconocimiento de los derechos se desarrollará de manera progresiva, debiendo el Estado generar y garantizar las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos (Art. 11 num. 8). En este caso, el derecho a una vida digna para el paciente en

estado terminal por cuanto es el primer obligado a respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución (Art. 11 num. 9).

El derecho a la salud se contempla dentro del capítulo segundo, sección séptima: De los Derechos del Buen Vivir. Al respecto, el Estado tiene el deber jurídico de garantizar este derecho mediante políticas públicas, asegurar el acceso permanente, oportuno, y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud; todo lo que deberá regirse bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Art. 32).

A pesar de la generalidad con la que figura el derecho a la salud, especialmente cuando el enfoque del suicidio asistido es el acceso para cualquier persona mayor de edad, el campo de ejercicio está considerado únicamente para las personas con enfermedades catastróficas, condición por la cual se consideran un grupo de atención prioritaria para el que el Estado está obligado a garantizar la protección, cuidado y asistencia especial (Art 38.8).

En concordancia con el artículo 50, el Estado estaría en la obligación de dar la asistencia especial necesaria, de manera oportuna y preferente, mediante los profesionales de la salud a cualquier ecuatoriano, legalmente capaz, que por padecer una enfermedad crónica o degenerativa, una vez que se hayan efectuado todos los cuidados paliativos posibles, y que decida ejercer su derecho a una vida digna mediante el suicidio asistido.

En lo que respecta al sustento de dicho derecho, dentro de los derechos de libertad (Art. 66) se contempla el derecho a la inviolabilidad de la vida (num. 1) y el derecho a una vida digna, que asegure -entre otros- la salud (num. 2). En el caso del suicidio asistido ante la coexistencia de derechos debe considerarse que la decisión que tome el paciente en ejercicio de su derecho a la salud en principio estaría legitimada. Sin embargo, para que suceda lo mismo con respecto al derecho a la inviolabilidad de la vida debe observarse que: desde el carácter “positivo” del derecho, éste implica que todo ciudadano puede exigir el respeto a su propia vida; en cambio, desde el carácter “negativo”, este derecho conlleva la prohibición de terceros de actuar en contra de la vida de otro ser humano, estableciéndose como acto antijurídico aquel que se ejecute deliberadamente con el fin de atentar sobre la vida de otra persona. De tal forma, el Código Orgánico Integral Penal (COIP) vigente desde agosto de 2014, dentro de los delitos contra la inviolabilidad de la

vida, elimina el auxilio al suicidio de lo que se deduce que el legislador elimina la colisión de derechos al suprimir del catálogo de delitos este injusto jurídico.

Otros derechos que justifican la decisión del suicidio asistido son: el derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) la prohibición de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes (Art. 66 num. 3); el derecho al libre desarrollo de la personalidad (Art. 66 num. 5); el derecho a tomar decisiones libre, informadas, voluntarias y responsables sobre la vida (Art. 66 num. 9) y la salud (Art. 66 num. 10).

Todo ecuatoriano, en tenor del artículo 83, numerales 5, 9 y 12 está obligado a respetar los derechos humanos y luchar por su cumplimiento, practicar la justicia y la solidaridad en el ejercicio de sus derechos; y, ejercer la profesión u oficio con sujeción a la ética. Por lo que, en el caso del suicidio asistido, se espera de terceros el respeto a la libertad del paciente, a la vida que ha escogido, y dentro de ésta, a la forma como desea morir.

En cuanto a la necesidad de una norma específica sobre el suicidio asistido que fundamente la vida digna del ser humano, especialmente cuando se encuentre en estado terminal y en tenor del artículo 84, es la Asamblea Nacional quien tendrá la obligación de adecuar, formal y materialmente, la ley y demás normas jurídicas al respecto con el fin de garantizar el respeto de sus derechos.

Para el ejercicio del derecho a una vida digna del paciente en estado terminal que desea practicar sobre sí el suicidio asistido, la vía adecuada será entonces la acción de protección (Art. 88), que tiene por objeto el amparo directo y eficaz de los derechos reconocidos en la Constitución –derecho a la vida digna-, y podrá interponerse ante la acción u omisión de una tercera persona como puede ser la falta de ayuda del servicio médico para llevar a cabo el suicidio asistido o el irrespeto a la decisión del paciente que conlleve trato inhumano o degradante considerando el estado de indefensión en el que se encuentra un paciente en estado terminal.

Con respecto al Título VI: Régimen de Desarrollo, éste tiene como objetivos, entre otros, mejorar la calidad y esperanza de vida (Art. 276 num. 1), de lo que se sigue que sobre la base del principio del *sumak kawsay* se justifique la vida digna que precisa conquistar el paciente en estado terminal.

Dentro del Título VII: Régimen del Buen Vivir, se establece que la finalidad del Sistema Nacional de Salud es el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva (Art. 358). Los servicios de salud deben ser seguros, de calidad y calidez, y garantizar el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (Art. 362). Aunque si bien se propende principalmente a la recuperación íntegra del paciente, que en el caso de la persona que padece una enfermedad terminal resulta imposible, al ser la Bioética uno de los principios rectores del Sistema es importante que el personal médico tenga presente los siguientes preceptos adicionales:

- a) Principio de proporcionalidad: Entendiéndose a éste como el juicio que emite el médico respecto a la conveniencia, inconveniencia o necesidad de una determinada acción en conformidad con la condición de un paciente. *“Lo que se espera es que exista un equilibrio entre los medios diagnósticos o terapéuticos que el médico aplica y el resultado esperado, considerando las condiciones particulares de paciente y su entorno”* (GENCÓN GUAMÁN, 2011, pág. 68).
- b) Limitación del esfuerzo terapéutico: La restricción o no uso de medidas de soporte vital, o la suspensión de estas medidas cuando se concluye que no son útiles para el paciente. De acuerdo a Gencón (2011) este principio debe ser aplicado cuando la aplicación de procedimientos médicos no van a conseguir la recuperación del paciente sino en el mejor de los casos una prolongación temporal de su vida en condiciones penosas.
- c) Respeto a la muerte: Para el autor antes citado, la medicina es lícito esforzarse por impedir la muerte evitable pero no es lícito tratar de mantener la vida de un ser humano a cualquier precio, menos a costa de su dignidad y de un sufrimiento innecesario en un momento decisivo de su existencia.

Con todo lo dicho, se determina la viabilidad para desarrollar una ley sobre el suicidio asistido o la incorporación de ésta a otro cuerpo normativo, como la Ley Orgánica de la Salud y leyes especiales en materia de derechos de grupos de atención prioritaria.

2.3. *Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV)*

En el 2013 se elaboró la tercera etapa de este Programa de Gobierno, que en palabras del Secretario Nacional de Planificación y Desarrollo, Falder Falconí, “*es la hoja de ruta de la actuación pública para construir los derechos de las personas*” (SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, 2013, pág. 19). Éste ha sido diseñado bajo doce objetivos, del que se analizará aquel enfocado a la vida y salud de los ecuatorianos: “*Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población*”.

En el desarrollo de este punto se clarifica un sistema de prevención y fortalecimiento de la calidad de los servicios públicos. Cuando se trata de enfermedades crónicas, el programa reconoce el impacto de éstas en la sociedad ecuatoriana razón por la cual el Gobierno propone un trabajo multisectorial mediante diagnóstico y tratamiento oportuno.

Entre los logros que destaca el PNBV en materia de salud se mencionan que se ha implementado desde el 2009 el Programa de Salud Preventiva del Adulto con un enfoque de control y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles además de la entrega de medicación gratuita para enfermedades como el sida y la tuberculosis. Pero, es preciso tomar en cuenta que a pesar de estas medidas las estadísticas muestran la prevalencia de este tipo de enfermedades en los últimos años.

Dentro de este ambicioso programa de Gobierno se establecen como políticas y lineamientos estratégicos en materia sanitaria, lo siguiente:

3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas. f) Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad (...) (SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, 2013, pág. 144)

De este proyecto se rescata la inversión de fondos públicos en el marco del Sistema de Salud Pública, ya sea por la ampliación de la cobertura, el acceso a medicina gratuita o por la inserción de profesionales médicos especializados sin embargo, aunque es sumamente importante diseñar políticas públicas en aspectos de prevención, en el caso de pacientes con enfermedades en etapa terminal el enfoque debe ser distinto, ya que la situación en la que se encuentran no ofrece múltiples opciones y es trascendental que se considere el tratamiento mediante cuidados paliativos y de ser el caso, se ponga a disposición las

facilidades pertinentes si el paciente desea morir mediante el mecanismo del suicidio asistido. En este último caso, la urgencia de establecer normas legales al respecto permitiría el control y la prevención de abusos.

2.4. *Ley Orgánica de Salud*

La ley en materia de salud está elaborada bajo la premisa de la prevención, situación que para el paciente en estado terminal es ajeno debido a que su condición no permite más que evitar efectos mayores a los propios del padecimiento.

Este cuerpo legal comienza definiendo a la salud como un estado completo de bienestar: física, mental y socialmente; y, como un derecho humano que goza de la calidad de inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible (Art. 3). En el caso de este paciente, ¿se puede hablar de la renuncia a su derecho a la salud? Sobre la base del concepto de salud que proporciona la ley debe observarse que la enfermedad es la causa directa de que esta persona no cuente más con el estado de bienestar al que se hace mención, por lo que deja de ser una elección del paciente y se convierte en una situación inesperada de la que el ser humano no tiene control.

Acorde a esta normativa, la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública es la regulación y vigilancia de la aplicación de normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación de enfermedades crónico-degenerativas. Además, le corresponde “*dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas*” (Art. 6 num. 5 y 5-A).

En cuanto a los derechos de las personas en relación con la salud, en tenor del artículo 7 se dispone el respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad (lit. d); ser oportunamente informado sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad (lit. e); ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento (lit. h); y, utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para

tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos (lit. i).

Para el caso de personas con VIH-SIDA se garantiza atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, así como los reactivos para exámenes de detección y seguimiento (Art. 67). En cuanto al resto de enfermedades de carácter crónico – degenerativas se considera, de ser el caso, cuidados paliativos (Art. 69).

Conforme a la reforma de 24 de enero de 2012, se añade al contenido de esta Ley, el Capítulo III-A: De las Enfermedades Catastróficas y Raras o Huérfanas. Inicia este acápite con el reconocimiento de estas enfermedades como “de interés nacional” generándose la obligación para la autoridad sanitaria nacional de implementar las acciones necesarias para la atención en salud de los pacientes con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Además se otorga la calidad de doble vulnerabilidad para esta clase de pacientes (Art. ...1)

En 2012, se presentó el “Proyecto de Ley Orgánica General de Salud” el que actualmente se encuentra en calificación del Consejo de Administración Legislativa. Esta iniciativa dedica cuatro artículos a las “enfermedades terminales”, estableciendo que:

Se entenderá por enfermedad en estado terminal a todo padecimiento reconocido como irreversible, progresivo, que no responda a tratamientos curativos, que se encuentre en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida sea limitado de acuerdo a la normativa que defina la Autoridad Sanitaria Nacional para el efecto, independiente de su edad cronológica. (Art. 146)

Este proyecto reconoce la importancia de los cuidados paliativos (Art. 147) y añade que la Autoridad Sanitaria y los miembros del Sistema Nacional de Salud facilitarán los medios terapéuticos para una “muerte natural” en condiciones dignas. De esto se desprende que el legislador pretende dar el primer paso en el reconocimiento del “derecho a una muerte digna” y la intención de darle relevancia jurídica a este grupo de pacientes, empero se

adeuda un análisis a profundidad del tema a la luz de las teorías contemporáneas en donde se considere también el suicidio asistido.

Finalmente, la normativa actual determina que el valor legal del consentimiento del paciente no exime de responsabilidad al profesional o al servicio de salud en aquellos casos en los que por actos no justificados generen daño al paciente y sean resultados de inobservancia, impericia, imprudencia y negligencia (Art. 204). Sin embargo, desde la vigencia del COIP es pertinente realizar puntualizaciones referente a lo mencionado.

3. Suicidio Asistido y el Derecho Penal

Conforme al artículo 18 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), la infracción penal se configura como: *“La conducta típica, antijurídica y culpable cuya sanción se encuentra prevista en este Código”*.

El primer elemento del delito: la tipicidad, se entiende como la descripción de *“las conductas penalmente relevantes”*, entendiéndose a estas como *“las acciones u omisiones que ponen en peligro o producen resultados lesivos, descriptibles y demostrables”* (Art. 22).

Para que la conducta penalmente relevante cumpla con el segundo elemento del delito: la antijuridicidad, el COIP dispone que ésta *“deberá amenazar o lesionar, sin justa causa, un bien jurídico protegido”* por dicho cuerpo legal (Art. 29).

El elemento de la culpabilidad se configura cuando la actuación ha sido realizado con conocimiento de la antijuridicidad de la conducta, así se prescribe en el Art. 34 del COIP, no ofreciendo un concepto claro sobre lo que se considera *“culpable”*, de forma tal que apelando a la teoría del delito, se considera que el individuo debe cumplir con el requisito de conciencia y voluntad al actuar.

En cuanto a las infracciones en contra de la inviolabilidad de la vida, se determinan como delitos al asesinato, femicidio, sicariato, homicidio, homicidio culposo, homicidio culposo por mala práctica profesional, aborto con muerte, aborto no consentido, aborto consentido y aborto no punible. A diferencia del derogado Código Penal, las figuras delictivas de la

instigación y el auxilio al suicidio, en la actualidad no se consideran infracciones penales, de ahí que con la despenalización de la conducta se considere su legalización.

Cabe señalar que el contexto bajo el cual se produjo la eliminación de este delito responde a calificativos como delito “obsoleto”, “inaplicable” y hasta “absurdo” (EL UNIVERSO, 2014). Si bien es cierto no se encuentra mayor incidencia judicial de este delito cabe preguntarse cuál será la consecuencia legal si se regula el suicidio asistido y se infringe el procedimiento o se abusa de la figura para cometer un delito distinto, cuyo vacío en materia penal será directa consecuencia de la premura en la aprobación de leyes y la inexistencia de un debate a profundidad en donde el legislador argumente nuevas teorías.

Retomando la anterior tipificación del delito en cuestión, el Código Penal derogado reprimía a aquella persona que “*instigare o prestare auxilio a otra para que se suicide*” (Art. 454). Este delito encontraba su razón de ser en un *tipo de peligro abstracto*, Jakobs explica al respecto, que este tipo de injustos están “*destinados a impedir decisiones precipitadas o irreflexivas sobre la propia vida o a garantizar la madurez y ponderación de la petición, además de su autenticidad*” (CORNACCHIA, 2003, pág. 449).

Xabier Zavala Egas (2014), destacado jurista ecuatoriano, menciona que “*es un tema pacífico en la doctrina que el ser humano pueda disponer de su cuerpo y vida, en particular, como desee y que el Estado no deba criminalizar tal conducta frente a su deseo de autodestrucción o autoagresión. Tan claro es, que el suicidio tentado o frustrado no es sancionado*”. Cornacchia (2003) menciona además, que si el suicidio no se configura como antijurídico, pero tampoco es garantizado como derecho, entonces constituiría *ejercicio de libertad*, ante la que el Estado debe asumir una postura “neutral” ya que tratándose de la esfera más íntima del hombre, el ordenamiento deberá garantizar la “no intromisión” en el acto, creando lo que se conoce como *rechtsfreir Raum*⁵. Según Ollero (2006), la despenalización de una conducta implicará que se ha incrementado el campo del actuar jurídico lícito e incluso que se contará con un nuevo derecho. La misma afirmación es apoyada por el Tribunal Constitucional Español que en 1990 al respecto del caso del grupo terrorista GRAPO estableció que “*todo lo no legalmente prohibido habrá de entenderse como lícito despliegue de la voluntad, capaz de provocar la inhibición ajena y de exigir las garantías al respecto*”. (OLLERO, 2006, pág. 116).

⁵ Esfera o ámbito (permitido) de libertad jurídica.

En el caso del auxilio al suicidio, Zavala Egas aclara que *“el sujeto (suicida) ya resolvió hacerlo (suicidarse), nadie lo indujo y en pleno uso de la libre disposición de su vida se suicidó. El auxilio que reciba no implica ningún disvalor y no lesiona bien jurídico alguno”*. Jakobs expresa que la participación en el suicidio de un tercero, en específico de un médico, no varía en nada del acto del suicida, al contrario, tal solicitud no es nada más que una *modalidad organizativa de la consecución del propio fin de producirse la muerte*, en particular, la modalidad basada sobre la *división de tareas o deberes*, forma que se admite sin discusión respecto a otros tipos de lesiones a bienes personalísimos. *“En síntesis, la única diferencia entre suicidio y muerte a petición es, precisamente, la que media entre persecución del fin propio quitarse la vida por mano propia, o mediante división de las áreas, confiando una cuota de ellas a otros”*. (CORNACCHIA, 2003) . Tras estas precisiones, la legalización del suicidio asistido no comprende la participación en cualquier tipo de acción suicida, sino *“sólo en los casos indubitables de una enfermedad terminal o de una mal incurable, en extremo doloroso, que signifique un sufrimiento moral de tal magnitud que el paciente lo considere lesivo para su dignidad”*. (CARPIZO, 2010, pág. 98)

No obstante las aclaraciones realizadas sobre el suicidio asistido y su indiscutible despenalización en el marco legal ecuatoriano, es necesario realizar puntualizaciones legales si se pretendiere juzgar este acto bajo otra figura delictiva, más aún si se considera la calidad de la investigación fiscal que se puede llevar a cabo, la imperfección de la administración de justicia en el país y la previsibilidad de una malversación de la asistencia al suicidio.

Así el delito a diferenciarse, tanto en la teoría como en la práctica, con el suicidio médicamente asistido es el homicidio culposo por mala práctica profesional regulado en el artículo 146 del COIP.

Homicidio culposo por mala práctica profesional.- La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley.

Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.

Para la determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado deberá concurrir lo siguiente:

1. La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado.
2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o *lex artis* aplicables a la profesión.
3. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas.
4. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.

Lo primero que hay que distinguir es el verbo rector del delito, en este homicidio el legislador determina “ocasionar la muerte”, sin embargo esta es una figura atenuada del homicidio en su forma genérica que corresponde a la acción de “matar”, así se desprende de la pena contemplada para estos delitos. Para el homicidio simple la sanción es de diez a trece años de pena privativa de libertad mientras que para el homicidio culposo por mala práctica profesional la sanción se establece de uno a tres años, y en caso de producirse a causa de acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas será de tres a cinco años. En el suicidio asistido el rol del médico marca la distinción con esta figura legal, porque desde el punto de vista del actuar, éste no ocasiona la muerte ya que quien domina el acto es el suicida y lo único que realiza el galeno es prestar su ayuda proporcionándole la prescripción de los medicamentos así como los instrumentos pero no va más allá de lo que podría considerarse un “*acto preparatorio*” recordándose que el suicidio no es un delito.

En cuanto a la intervención de un sujeto activo y pasivo, en el suicidio concurre esta calidad en una misma persona ya que quien produce la muerte es el propio individuo a diferencia del homicidio en donde se puede distinguir quién es la víctima y quién produce el acto. Entonces, en el suicidio asistido la responsabilidad recaería sobre el paciente que ha tomado la decisión y la ha llevado a cabo, pero debe recordarse que el suicidio no es un ilícito así como tampoco la participación de cualquier persona en ésta.

Al respecto del objeto del delito, el bien jurídico protegido en el homicidio culposo es la inviolabilidad de la vida pero en el caso del suicidio asistido no existe un bien protegido debido a la eliminación del catálogo de infracciones penales realizada por el legislador ecuatoriano en la nueva normativa en materia penal.

Para concluir, la figura agravada de este homicidio culposo requiere que las acciones sean “innecesarias”, “peligrosas” e “ilegítimas”. Debe destacarse la subjetividad y la relatividad de estos elementos en la actividad médica, no obstante cabe señalar que aun cuando se ha deslindado la responsabilidad del galeno en el suicidio asistido, si se pretendiere no dar valor al consentimiento del paciente, excluir el dominio del hecho del suicida y alegarse la inobservancia del deber objetivo de cuidado desde un punto de vista en el que lo primordial es la supervivencia de la persona y no el costo personal (físico y mental) para el enfermo debe tenerse en cuenta lo siguiente: La participación en el suicidio de un paciente es necesaria para evitar un mal mayor como por ejemplo, puede resultar de un suicidio frustrado que produzca lesiones irreversibles o traumas psicológicos profundos que pudieron ser prevenidos si el paciente hubiese contado con la asesoría para producirse una muerte tranquila y sin dolor. En cuanto a la peligrosidad, si se parte de la concepción de que es *“un riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal”*, la enfermedad terminal produce un solo resultado: la muerte, de modo que la ayuda que ofrece el médico no aumenta ni disminuye ese hecho simplemente coopera para que elimine el dolor del paciente cuando decide anticipar su fin. El tema de la “legitimidad” se excluye con la normativización del suicidio asistido siempre que el galeno cumpla con el procedimiento indicado.

Lo que resta por detallar es la posición del médico como garante y el deber objetivo de cuidado.

3.1. *El rol del médico como garante*

Para el legislador ecuatoriano, se encuentra en posición de garante *“la persona que tiene obligación legal o contractual de cuidado o custodia de la vida, salud, libertad e integridad personal del titular del bien jurídico”*. (Art. 28 inc. 2 COIP) Bajo ese precepto, el médico cumpliría tres de las cuatro obligaciones ya que la esencia de su labor es el

cuidado de la vida, salud e integridad de su paciente. Empero, su actividad tiene límites científicos y naturales; los primeros debido a la singularidad de los cuadros clínicos, las actualizaciones de técnicas para su tratamiento y la minuciosa investigación que se realiza para la creación de vacunas y medicamentos; los segundos abordan la naturaleza misma del ser humano, la finitud de su existencia y la cantidad de peligros a los que se encuentra expuesto a lo largo de su vida.

Entonces, se debe puntualizar que la obligación del médico es de medios y no de resultado, el galeno “*no se compromete a curar el enfermo sino a poder los medios técnicos encaminados a este fin*”. (ROMERO OCAMPO, 1986, pág. 153) Conforme a Albi Nuevo (2013), el facultativo en ningún caso podrá garantizar el resultado, de ahí que se entienda perfectamente que la más correcta de las actuaciones médicas llevada a cabo por el mayor experto jamás podrá evitar el fallecimiento del paciente en todas las ocasiones.

Por consiguiente, lo que se espera del médico es la actuación conforme a la *lex artis*, concebida como “*la ejecución del acto médico en el marco de los criterios y procederes admitidos en un determinado tiempo y lugar, es decir, en una situación históricamente concreta*” (LAZO ZAMBRANO, 2004). Una definición más amplia es aquella establecida por el Tribunal Supremo Español el 11 de marzo de 1991, así:

Que se entiende por *lex artis ad hoc* como aquel criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médico que tiene en cuenta las características específicas de su autor, de la profesión, la complejidad del acto y la trascendencia vital para el paciente y, en su caso, la influencia de factores endógenos, estado e intervención del enfermo, para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal empleada; siendo sus notas 1) Como tal “lex” implica una regla de medición de una conducta, al tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyecta al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la “lex” es un profesional de la medicina; 4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); 5) Concreción de cada acto médico o presupuestos “ad hoc”: tal vez sea éste el aporte que individualiza a

dicha “lex artis”: así como en toda profesión rige una “lex artis” que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa “lex”, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos (...) (FÉRNANDEZ HIERRO, 2007, págs. 289-290)

Según Romero Casabona, “*si el médico ha actuado conforme a ella (lex artis) no habrá infringido por regla general el deber objetivo de cuidado*” (RUEDA MARTÍN, 2009).

Retomando la posición de garante del profesional de la salud en casos de suicidio asistido, Díez Ripollés afirma que, “*la voluntad de morir del suicida cierra el paso a la concurrencia de la posición de garante*”. En efecto, si se reconoce al suicida cierto nivel de disponibilidad sobre su propia vida, es evidente que dicha capacidad de autodeterminación abarca también el derecho a elegir no ser protegido por terceros. (REYNA ALFARO, 2008, pág. 312). Mendes de Carvalho (2008) asevera que en el delito de auxilio al suicidio al igual que en el homicidio por comisión por omisión, se cancela la posición de garantía y por lo tanto impide la responsabilidad del garante. Dicho de esta forma, la inexistencia de un deber de actuar ante un acto de disposición de la propia vida llevado a cabo por un sujeto en forma libre y responsable no permite hablar de responsabilidad por un delito de omisión, sea propio o impropio. Por su parte, Farfán (2008) manifiesta que no cabe hablar de situación de desamparo frente a una situación ante la cual no es eficaz ningún tratamiento y tampoco es viable por cuanto no es posible construir un deber legal de actuar de facultativo, sobre la base de una situación vital irreversible, que con su prolongación a través de avanzadas técnicas científicas, se podría incurrir en un encarnizamiento terapéutico que infringe la prohibición constitucional de someter al sujeto a tratos inhumanos o degradantes. En este contexto debe prevalecer entonces el derecho que asiste a toda persona a morir con dignidad. Núñez Paz (2006) corrobora lo dicho y expresa que el hecho de que el suicida tenga voluntad de morir elimina la posición de garante, ya que se ha admitido el derecho a disponer de la propia vida. Por consiguiente, no cabe hablar de posición de garante contra la voluntad del que desea morir.

Para Gómez Pavajeau (2002), cuando el suicidio es producto de la libertad del individuo al comprender y conducirse de conformidad con su trascendencia, esto es, el individuo que desea morir reúne un cierto nivel de capacidad, imprescindible para que su

comportamiento autodestructivo pueda serle atribuido como verdaderamente propio, no surgen para los demás los deberes generales de solidaridad – omisión de socorro-, ni los específicos fundados en las especiales relaciones o situaciones –posiciones de garantía en la comisión por omisión-, pues nadie está obligado a actuar ante otro que ejerce a plenitud sus derechos. Allí decaen los deberes de solidaridad puesto que “*no existe un deber de vivir, ni cabe hablar de posición de garante contra la voluntad del que desea morir*”. (FARFÁN MOLINA, 2008, pág. 245)

Excluida entonces la responsabilidad del médico como garante en el suicidio asistido del paciente en estado terminal, siempre y cuando ésta sea una decisión tomada a conciencia y voluntad, desde el ámbito penal no se configuraría ningún delito.

3.2. *El móvil del suicidio asistido*

En el Ecuador, la ley penal no considera como circunstancia atenuante de la infracción la “piedad” o “compasión”, menos aún configura el homicidio piadoso como en otros países y como ya se ha mencionado eliminó el delito de auxilio al suicidio, no obstante, precisa ser destacado la finalidad del suicidio asistido diferente a cualquier otro tipo de participación en la muerte de un ser humano.

El auxilio que presta el médico en el suicidio asistido al paciente que padece una enfermedad terminal en razón de asegurar que su muerte preserve la dignidad que goza por el hecho de ser humano, constituye un “*acto de suprema caridad, una obra de misericordia*”. Aquí, el médico no tiene la intención directa de matar a la persona, sino de cooperar con el suicidio que en otras circunstancias sería cruel e inhumano, lo que se busca “*es hacer un bien liberando al sujeto de un dolor o padecimientos ineludibles*” (VACA ANDRADE, 2009, pág. 12).

Según Crispigni, el motivo noble podría ser precisado en la piedad que a la gente inspiran las condiciones físicas y morales de la persona, como es la situación del paciente en estado terminal y propone que “*para los casos de inducción, auxilio o causación de la muerte con consentimiento o a petición, que conlleve la atenuación de la pena si concurre el móvil de piedad, y en determinados casos límite la posibilidad de exención de pena por parte del juez*” (NÚÑEZ PAZ, 2006, pág. 60).

Para Jiménez de Asúa (1984) - aunque en el contexto de la eutanasia, pero elemento común con el suicidio asistido – el móvil no egoísta es un criterio aceptable para declarar la impunidad, -el único para el autor-, ya que el tratamiento punitivo debe ser actuado tan sólo sobre los individuos peligrosos, quedando libres de toda intervención penal quienes no son temibles por el motivo noble que les mueve.

3.3. *El deber objetivo de cuidado*

Señala Romero Casabona, en *“El médico y el derecho penal”* que:

“La norma penal en los delitos culposos manda a los ciudadanos que su actuación en la vida de relación se acomode a ciertos deberes o reglas con el fin de evitar la puesta en peligro o lesión de los bienes jurídicos. Es lo que se denomina el deber de cuidado, o mejor, y atendiendo a una de sus notas más peculiares, el cuidado objetivamente debido” (FERNÁNDEZ HIERRO, 2007, pág. 647).

Si bien en el COIP se establece las condiciones para que se configure la infracción al deber objetivo de cuidado, el Tribunal Supremo español se ha pronunciado al respecto ofreciendo una guía más detallada, como resume a continuación Fernández Hierro (2007):

El Tribunal Supremo ha fijado en una larga serie de sentencias las características de las infracciones culposas: a) una acción u omisión voluntaria, no intencional o maliciosa, o sea, que se halle ausente en ellas todo dolo directo o eventual; 2) actuación negligente o reprochable por falta de previsión más o menos relevante, factor psicológico o subjetivo, eje o nervio de la conducta imprudente en cuanto propiciador del riesgo, al marginarse la racional presciencia de las consecuencias; elemento de raigambre anímica no homogeizable y, por lo mismo, susceptible de apreciarse en una gradación diferenciadora; 3) factor normativo o externo, representado por la infracción del deber objetivo de cuidado, traducido en normas convencionales y experienciales tácitamente aconsejadas y observadas en la vida social en evitación de perjuicios a terceros, o en normas específicas reguladoras y de buen gobierno de determinadas actividades que, por fuerza de su incidencia social, ha merecido una normativa reglamentario o de otra índole, en cuyo escrupuloso cumplimiento

cifra la comunidad la conjuración del peligro dimanante de las dedicaciones referidas; hallándose en la violación de tales principios o normas socioculturales o legales, la raíz del elemento de antijuridicidad detectable en las conductas culposas o imprudentes, al provocarse la violación de las susodichas normas, exigentes en el deber de actuar de una forma determinada erigida en regla rectora de un sector actuacional; 4) originación de un daño, temido evento mutatorio o alterador de situaciones preexistentes; 5) adecuación relación de causalidad entre el proceder descuidado o inobservante, desatador del riesgo, y el *damnum* o mal sobrevenido, lo que supone la traducción del peligro potencial entrevisto o podido prever en una consecuencialidad real, en un efectivo resultado lesivo”.

Pero en el caso del suicidio asistido existe dos momentos sustanciales: aquel en el que paciente decide no continuar con ningún tratamiento y consecuentemente decide morir. Cesano (2007) acude a Mantovani para determinar que toda intervención sobre el sujeto debe fundamentar en su consentimiento y que en caso de rechazo del tratamiento cesa la obligación jurídica del médico de curar y surge el deber de respetar la voluntad del paciente. De igual forma, Esser (citado en CESANO, 2007) afirma que si el paciente, plenamente advertido y consciente de las consecuencias mortales de su decisión renuncia a la adopción de nuevas medidas para mantener la vida termina el deber del médico de continuar con la prolongación de la vida aun cuando el resultado de este cese en la intervención produzca la muerte del enfermo. Con estas observaciones, el deber objetivo del médico se limita en el caso del suicidio asistido a: corroborar el diagnóstico de “enfermedad terminal”; obtener el respaldo científico de un médico especialista en el área; entregar al paciente la información completa sobre su estado de salud, los posibles tratamientos y la opción de cuidados paliativos; notificar a la familia de la decisión; y si el paciente lo requiere, prestar su ayuda siempre actuando bajo su consentimiento expreso.

A pesar de las acotaciones realizadas, en el supuesto no consentido que el suicidio asistido se considerará una infracción al deber objetivo de cuidado, en ese caso se podrá alegar la teoría del “Comportamiento Alternativo conforme a Derecho”. Cesano (2007) sucinta esta doctrina explicando que de esta forma se pretende abordar aquellos supuestos en los que la conducta que infringió el cuidado hubiese causado el mismo resultado también en el caso de una ejecución cuidadosa. Dicho en otras palabras: el autor realiza una conducta que infringe el deber de cuidado; entre esa violación y el resultado media una relación de causalidad (de acuerdo con la teoría de la equivalencia de condiciones). Empero, *ex post*,

se comprueba que el resultado se hubiera producido igual con una conducta diligente del autor. Terragni (citado en CESANO, 2007) adicionalmente expresa que: *“aun cuando el médico hubiese podido hacer algo más, la pérdida de la vida o la falta de curación lo mismo se hubiesen producido con una conducta más cuidadosa”* (pág. 753). En el caso del suicidio asistido esta tesis resulta importante para justificar la participación del médico porque la consecuencia fáctica era la muerte, directa causa de su enfermedad, y con o sin su ayuda el paciente hubiese acaecido aunque en una forma más cruel y quebrantando su dignidad.

4. Legalización del suicidio asistido

4.1. Consideraciones previas

Félix de Azúa (citado en FIBLA, Carla, 2000, pág. 39) señala que, para casos como el suicidio asistido, lo que se debe analizar es que se trata de cuestiones marcadamente distintas el alargar la vida y el alargar la muerte, ya que no se está hablando de personas en plena alegría y gozo, sino de seres humanos que están agonizando, que están muriendo. El objetivo es tratar de acortar la agonía, no de acortar la vida. Sporken (1994) coincide y manifiesta que esto implica *“una reducción anticipada de la muerte y no apenas la abreviación inicua del curso de la vida”*.

Por su parte, Niño (1994) acota que en estos casos ya no se puede sanar ni mejorar al paciente en razón de la irreversibilidad de una patología que involucra su propia índole humana, en consecuencia no tiene nada de terapéutico el conservar artificialmente las funciones inferiores de su sistema nervioso. Así, quien no puede curar no tiene derecho a seguir interviniendo en ese máximo baluarte de la privacidad configurado por el cuerpo humano, a riesgo de cometer, paradójicamente, una sevicia.

Al tratarse de enfermedades terminales el dolor que pueden ocasionar al paciente puede afectar la integridad física así como la emocional del paciente. Por ejemplo, Rodríguez-Aras (2005) afirma que en la fase terminal del cáncer, éste provoca situaciones en las que las posibilidades de disfrute se reducen de modo considerable. Hasta la fecha, la única

posibilidad de conseguir una mayor supervivencia es la cirugía y/o tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Estos tratamientos suelen llevar consigo una pérdida importante de la calidad de vida porque merman la autonomía física, y pueden provocar vómitos, deterioro físico y de la imagen (pérdida de cabello), alteraciones del apetito y del sueño, etc. Además, debe considerarse que la capacidad de curar de esos tratamientos es variable, pues depende de muchos factores, como el estadio y la extensión de la enfermedad, su localización, la sensibilidad del tumor a ese tratamiento específico, la fortaleza física y psíquica del paciente, etc.

Bajo estas premisas el mismo autor afirma que aun cuando para algunos “dejar morir” a un paciente terminal permitiendo que sólo intervengan las “causas naturales” puede dar lugar a una muerte lenta y llena de sufrimiento, esto puede constituir una práctica más cruel que cualquier forma de acelerar ese inevitable proceso. Sin embargo, debe aclararse que la opción del suicidio asistido es una elección en libertad y no pretende convertirse en regla general para los pacientes que padecen este tipo de cuadro clínico.

Uno de los objetivos además de ofrecer la colaboración necesaria si el paciente decide morir en una condición más pacífica, como muestra Sambrizzi (2005), es evitar casos en los cuales una persona, con el propósito de morir, fracasa en su tentativa y puede quedar en lo que le resta de vida en una situación más angustiante que aquella en la que se encontraba antes, lo que no ocurriría si el suicida hubiera sido ayudado por un tercero que puede proporcionarle un método eficaz e indoloro para conseguir morir.

Rescata Kiper (1997) que lo que se espera de la sociedad, incluso cuando considere esta conducta como contraria a la moral, es un cambio de actitud hacia la persona que piensa que es deseable terminar con su vida, y ver el acto de morir como un acto noble, virtuoso y compasivo, en lugar de verlo como la muestra de una debilidad en la voluntad.

Vale reflexionar lo manifestado por Roxin (2008), en cuanto a que *“una vida algo más corta sin graves dolores puede ser más valiosa que otra no mucho más larga acompañada de un sufrimiento apenas soportable. Es decisivo que el paciente pueda expresar todavía su voluntad”*. De esto se desprende que el paciente tenga una información adecuada para así evaluar la calidad de su vida y elegir entre la continuación de un tratamiento o anticipar su muerte.

Después de las reflexiones doctrinarias que se realizan respecto al suicidio asistido, para que la Asamblea Nacional reforme la ley correspondiente y garantice el derecho del paciente en estado terminal deberá considerar:

Que, el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

Que, el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos prescribe que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona

Que, el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que nadie sea sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Que, en el preámbulo de la Constitución de la República del Ecuador consta como fin del Estado la construcción de una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas.

Que, el artículo 3 numeral primero de la Carta Magna garantiza sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, entre estos, la salud.

Que, conforme al artículo 11 numeral primero de la Constitución de la República del Ecuador las autoridades competentes garantizarán el ejercicio, promoción y exigencia de los derechos de forma individual o colectiva.

Que, en tenor del artículo 11 numeral octavo de la Constitución de la República del Ecuador, los derechos se desarrollarán de manera progresiva, debiendo el Estado generar y garantizar las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos.

Que, el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador establece dentro de los Derechos del Buen Vivir, el derecho a la salud para lo cual el Estado garantizará mediante políticas públicas el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

Que, el segundo inciso del artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador establece como principios rectores de la prestación del servicio de salud a la equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

- Que, de conformidad al artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador se considera grupo de atención prioritaria a las personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, quienes recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados.
- Que, el mismo artículo obliga al Estado a prestar especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad, calidad reconocida a las personas que sufren enfermedades catastróficas como lo establece el artículo innumerado primero de la Ley Orgánica de Salud.
- Que, es obligación del Estado tomar las medidas de protección, cuidado y asistencias especial cuando las personas adultas y adultos mayores sufran enfermedades crónicas y degenerativas, conforme el artículo 38 numeral 8 de la Constitución de la República del Ecuador.
- Que, el artículo 50 de la Constitución de la República del Ecuador garantiza a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.
- Que, el numeral segundo del artículo 66 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce y garantiza a las personas el derecho a una vida digna.
- Que, el numeral tercero del artículo 66 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce el derecho a la integridad personal que incluye en el literal a) la integridad física, psíquica, moral y sexual; y el literal c) establece la prohibición de tratos y penas crueles, inhumanos o degradantes.
- Que, el numeral cinco del artículo 66 de la Constitución de la República del Ecuador establece el derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los derechos de los demás.
- Que, el numeral noveno del artículo 66 de la Constitución de la República del Ecuador garantiza el derecho de las personas a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su vida.
- Que, el numeral décimo del artículo 66 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce el derecho de los ciudadanos a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud.

- Que, el numeral quinto del artículo 83 de la Constitución de la República del Ecuador establece el deber de todos los ecuatorianos de respetar los derechos humanos y luchar por su cumplimiento.
- Que, el artículo 276 de la Constitución de la República del Ecuador establece como objetivo del régimen de desarrollo mejorar la calidad y esperanza de vida de los ecuatorianos.
- Que, el artículo 358 de la Constitución de la República del Ecuador establece que el Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad la protección de capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, guiado por principios generales del bioética.
- Que, el artículo 362 de la Constitución de la República del Ecuador dispone que los servicios de salud sean seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.
- Que, el numeral quinto del artículo 363 de la Constitución de la República del Ecuador instituye la responsabilidad del Estado para brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria
- Que, el numeral quinto del artículo 5 de la Ley Orgánica de Salud establece las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública de: regular y vigilar la aplicación de normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación de enfermedades crónico-degenerativas; así como, dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas.
- Que, el literal d del artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud garantiza el derecho de toda persona a que se respete su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad.
- Que, el literal e del artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud establece el derecho de toda persona a ser oportunamente informado sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad.
- Que, el literal h del artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud dispone el derecho de toda persona a ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por

escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Que, el artículo innumerado primero del capítulo III-A de la Ley Orgánica de Salud reconoce de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas.

Que, a partir del 10 de agosto de 2014 el auxilio al suicidio no configura un delito conforme al Código Orgánico Integral Penal.

Sustentado en todos los preceptos legales mencionados, la Asamblea Nacional tiene la obligación de adecuar, formal y materialmente la Ley Orgánica de Salud para garantizar la dignidad del ser humano, en específico, la del paciente que padece una enfermedad terminal.

4.2. Aspectos que se deben considerar en la regulación del suicidio asistido

4.2.1. Definiciones

La reforma a la Ley Orgánica de Salud debe unificar términos en tenor de la intención de regular la asistencia médica al suicidio del paciente, razón por la que se añaden los siguientes elementos:

- a. Consentimiento informado: Decisión libre, voluntaria y consciente de un paciente calificado para solicitar suicidio médicamente asistido, manifestada después de recibir la información adecuada sobre su diagnóstico, tratamientos posibles y cuidados paliativos.
- b. Enfermedad Terminal: Enfermedad avanzada, progresiva e incurable cuyo pronóstico de vida es inferior a seis meses.

- c. Médico tratante: Es el médico responsable del cuidado del paciente y del tratamiento de la enfermedad terminal.
- d. Médico asesor: Es el médico especialista que evaluará el diagnóstico del médico tratante y emitirá el informe técnico respecto al pronóstico del paciente.
- e. Paciente calificado: Es la persona de nacionalidad ecuatoriana, mayor de edad, que padece una enfermedad terminal y está facultado para entender y tomar decisiones respecto a su estado de salud.
- f. Suicidio Asistido: Es el acto que realiza un médico, bajo petición directa y voluntaria de un paciente legalmente capaz, de proporcionarle los instrumentos necesarios para que efectúe su muerte sin dolor, ni violencia.

4.2.2. De la petición

El requerimiento del paciente para practicar suicidio médicamente asistido debe constar por escrito. La petición terminará con la firma del paciente y de dos testigos en presencia de un notario público, quienes darán fe de la capacidad del paciente, de su voluntad de morir y que la decisión fue realizada libremente sin coerción de ninguna naturaleza.

Los testigos serán mayores de edad, legalmente capaces y, al menos uno de los dos deberá: tener vínculo dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, ser miembro del personal de salud o ser asignatario de su testamento.

Al respecto, es importante destacar las salvaguardas en cuanto a la petición, es decir, su calidad de “expresa” y “seria”. Como explica González Morán (2006), la solicitud ha de ser clara en su contenido, sin que precise aclaraciones y debe realizarse con firmeza, verdad y sinceridad que obedezca a una sólida convicción y determinación del paciente en su objetivo de morir dignamente con la asistencia de un médico. Además el requisito de la materialidad del consentimiento permite al galeno actuar con la legitimidad del caso y evitar futuras responsabilidades por la muerte del paciente.

4.2.3. *De las responsabilidades del médico*

Serán responsabilidades del médico tratante:

- a. Emitir el diagnóstico de “enfermedad terminal”.
- b. Informar al paciente sobre su diagnóstico, las implicaciones físicas y psicológicas que padecerá a causa de la enfermedad, la oportunidad de los cuidados paliativos, la expectativa de vida así como las indicaciones y contraindicaciones de los medicamentos que prescriba.
- c. Obtener el informe científico de un psicólogo como de un médico especialista que concluya la capacidad y el diagnóstico del paciente.
- d. Recomendar al paciente la notificación de la decisión a sus familiares.
- e. Cumplir con el procedimiento establecido antes de la prescripción de los medicamentos.
- f. Aconsejar al paciente acerca de la importancia de contar con la presencia de una persona cuando tome la medicación que se le prescriba.
- g. Informar al paciente sobre la oportunidad de revocar, verbal o por escrito, el consentimiento para realizar el suicidio médicamente asistido.
- h. Confirmar el consentimiento informado del paciente antes de entregar la prescripción de los medicamentos.
- i. Entregar directamente la medicación prescrita al paciente.
- j. Adjuntar el consentimiento informado del paciente así como la prescripción de los medicamentos a su historia clínica.
- k. Certificar la muerte del paciente.
- l. Entregar a la autoridad competente el informe final del suicidio asistido en un plazo no menor a cuarenta y ocho horas después de haberse realizado.

4.2.4. *Del informe adicional de dos médicos*

Con respecto a los informes que deberán emitir dos especialistas se observará que: a) El psicólogo deberá certificar que el paciente entiende en su plenitud su actual estado de salud, que conoce las alternativas al suicidio asistido y que la decisión ha sido libre y

voluntaria. b) El médico asesor deberá determinar que el paciente padece una enfermedad terminal; certificar, sobre la base de su conocimiento y experiencia, que no existe tratamiento terapéutico de curación a la fecha de la decisión del paciente; entrevistar personalmente al paciente y confirmar el consentimiento informado con el que decide voluntariamente solicitar suicidio médicamente asistido.

Los informes deberán ser adjuntados a la historia clínica del paciente y serán de directa responsabilidad de los médicos en cuanto a su contenido y veracidad.

4.2.5. De la notificación a la familia

Este particular no es requisito indispensable para que se lleve a cabo el suicidio asistido, sin embargo deberá versar en el consentimiento informado que suscriba el paciente su decisión de no comunicar a sus parientes aun cuando el médico le ha prevenido sobre la importancia del apoyo familiar en la enfermedad y los efectos emocionales que pueden ayudar en la mejora de su estado de salud. Además, debe recordarse que el galeno está sujeto a la anuencia del paciente y no podrá actuar en contra de su voluntad.

4.2.6. De la revocatoria de la petición

La decisión del paciente no tiene el carácter de firme y puede ser revocada en cualquier momento, ya sea de forma verbal o escrita. Esta salvaguarda se establece con el fin de precautelar que el suicidio asistido sea ejecutado como ratificación del deseo de anticipar la muerte.

No se exige la formalidad de la revocación por la calidad misma de la enfermedad terminal y las consecuencias que implica en el estado de salud de una persona. Solo bastará que el individuo sea capaz de expresar, por cualquier medio posible, su deseo de renunciar al suicidio asistido para que éste no se lleve a cabo.

Cabe advertir que el requisito de que la petición sea por escrito implica una garantía de doble vía, por un lado deslinda al médico de responsabilidad y por otro asegura al paciente

que el personal sanitario actuará bajo su voluntad. Bajo ningún caso el galeno podrá omitir la revocatoria del paciente aun si esta es realizada momento antes de ejecutar el suicidio.

4.2.7. *De los períodos*

Los plazos que se establezcan para el suicidio asistido deberán tener en cuenta dos aspectos importantes: deben ser lo suficientemente eficaces para evitar el deterioro de la integridad del paciente pero al mismo tiempo deben permitir que el paciente reflexione sobre su decisión y pueda desertar de realizar el suicidio. Consecuentemente, se sugiere que desde la petición hasta la actuación transcurran más de treinta día y que entre la prescripción de los medicamentos y su entrega el tiempo no sea menor a cuarenta y ocho horas.

4.2.8. *Del historial clínico*

Por ley, el expediente del paciente tiene el carácter de confidencial y solo puede ser exhibido ante requerimiento de autoridad pública. Sin embargo, para la comprobación del actuar diligente del médico en el suicidio asistido lo que deberá comprobar el funcionario público es la existencia del consentimiento informado del paciente, los informes favorables de un psicólogo y un médico especialista, el detalle de los medicamentos que le fueron entregados a la persona solicitante, el informe del médico tratante y el certificado de defunción.

4.2.9. *Del informe médico*

El médico tratante deberá reflejar el cumplimiento de las responsabilidades antes mencionados para lo cual hará constar en el contenido de su informe con precisión de día y hora, el diagnóstico del paciente, los tratamientos que se iniciaron, la notificación al paciente, la petición que se le realizó, los informes médicos de dos especialistas, la prescripción de los medicamentos y certificado de fallecimiento del paciente.

4.2.10. *De las pólizas de seguros*

El objetivo de este acápite es proteger el patrimonio del paciente, específicamente los beneficios patrimoniales que se desprenden del seguro médico que haya adquirido. Esto debido a que la mayoría de compañías de seguro utilizan contratos de adhesión entre cuyas exclusiones se contempla el suicidio de la persona, razón por la cual, la vía más factible para evitar ese acontecimiento será equiparar la muerte del paciente a la muerte natural de una persona y bajo esa calificación el médico deberá suscribir el certificado de defunción.

4.2.11. *Prohibición de eutanasia*

La regulación del suicidio asistido no podrá equivaler a la permisibilidad de la práctica de la eutanasia desde el imperativo que son actividades sumamente distintas. La eutanasia implica que la muerte será ejecutada por un tercero y ya no por la propia persona lo que desprende el dominio del acto del paciente y equivaldría a un homicidio por piedad y ese no es el objetivo de la regulación que se plantea, de modo que es primordial establecer una cláusula específica al respecto.

4.2.12. *De las sanciones*

Desde el punto de vista legal la infracción a los procedimientos que se establezcan para el suicidio asistido conllevará a responsabilidades administrativas, civiles o penales. De tal forma en el sistema jurídico ecuatoriano la responsabilidad administrativa puede concretarse mediante ley, por ejemplo a través de amonestaciones, multas o destituciones dependiendo de la gravedad de la falta y la responsabilidad civil se configurará desde los daños o perjuicios que se causen al paciente ya sea por la inobservancia del procedimiento o la negligencia para la prescripción de los medicamentos.

Empero, al tratarse de la responsabilidad penal se debe considerar el vacío legal que se produjo cuando se eliminó el delito del auxilio al suicidio y lo único que puede llegarse a considerar sería el homicidio culposo por mala práctica profesional, sin embargo cabe precisar que desde el punto de vista doctrinario, es sumamente distinto este tipo penal al suicidio asistido y desde el punto de vista práctico sería irresponsable e ilegítimo condenar a un médico por participar en el suicidio de una persona. Y aún si se llegará a utilizar esta figura delictual sería exclusivamente en el caso que no exista la petición expresa del paciente lo que llevará a la presunción de un homicidio pero aún bajo ese presupuesto siguen existiendo argumentos de descargo para el galeno, y no es hasta este momento en donde radica la importancia de la regulación del suicidio asistido como la mejor opción para garantizar la dignidad del paciente terminal así como para evitar la impunidad de actos ajenos al suicidio asistido y que se oculten a pretexto de la inexistencia del injusto.

CONCLUSIONES

1. De los datos estadísticos del INEC se evidenció el impacto social que ha causado las enfermedades catastróficas en la población ecuatoriana terminales pero cuyo amparo legislativo se ha limitado a la introducción de un acápite en la Ley Orgánica de Salud que no hace referencia al derecho de los pacientes que padecen un diagnóstico terminal ni de los cuidados paliativos que requieren a pesar de la propuesta de reforma que se realizó en 2012 pero que hasta la presente no ha sido aprobado. De esto se concluye la urgencia de legislar sobre el tema así como el reconocimiento expreso del derecho a vivir con dignidad la propia muerte.
2. De la doctrina se desprende que el contenido exacto del suicidio médicamente asistido y la eutanasia son acciones distintas. El primero comporta los siguientes elementos: a) es el resultado de la petición consciente y voluntaria de una persona capaz que padece una enfermedad terminal; b) requiere la ayuda de un médico para proporcionarle los instrumentos necesarios para morir; y, c) el dominio del acto es exclusivamente del paciente. Para la eutanasia existen otras particularidad, es así que: a) la iniciativa puede ser del paciente o de un tercero, b) se puede contar o no con el consentimiento del individuo; y, c) el acto material se realiza por un tercero, no siempre un profesional de la salud. Sin embargo, estas dos figuras comparten un fin piadoso que persigue acabar con el dolor que padece un ser humano a causa de una enfermedad y permitirle que muera dignamente.
3. De la comparación de la legislación internacional se ha determinado dos condiciones imprescindibles que debe cumplir el paciente para efectuar el suicidio asistido: la capacidad y el estado de salud. En cuanto a la primera, la persona debería ser mayor de edad, tener la facultad de entender y tomar decisiones respecto a su estado de salud. Al respecto del segundo elemento se requiere indispensablemente que el diagnóstico se trate indefectiblemente de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable cuya muerte sea inminente en un lapso no menor de seis meses.
4. Los argumentos jurídicos bajos los cuales se podría legislar en el Ecuador la asistencia médica de un suicidio se extraen de derechos constitucionales, tales como los derechos constitucionales que sustentan la legitimidad de la decisión del paciente de culminar autónomamente con su vida son: el derecho a la vida digna, el

derecho a la integridad física y psíquica, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la libertad de decisión en materia de salud.

5. La protección que el constituyente da a la vida se construye sobre la base del Régimen del Buen Vivir en concordancia con el reconocimiento de la dignidad de la persona. De ahí que la tutela del Estado se enfoque en garantizar los parámetros básicos para que el ciudadano se pueda desarrollar en libertad, sin embargo debe tenerse presente el principio de responsabilidad según el cual no puede inmiscuirse en el proyecto de vida de las personas siempre y cuando sus decisiones no afecten a terceros. En el caso del suicidio asistido la determinación del paciente aqueja exclusivamente al individuo y lo único que necesita es la colaboración de un médico para conseguir su propósito.
6. Constitucionalmente se ha establecido como uno de los principios rectores del Sistema Nacional de Salud a la Bioética. Consecuentemente, para el caso del suicidio asistido se hace uso de tres principios médicos incluidos en este precepto: a) el principio de proporcionalidad que implica que el médico deberá equilibrar los medios terapéuticos con el resultado esperado; b) la limitación del esfuerzo terapéutico cuando no se va a conseguir la recuperación del paciente y hasta ese momento no existe tratamiento científico comprobado por el cual se considere la futura curación de la patología; y, c) el respeto a la muerte según el cual no es lícito mantener la vida de un ser humano a cualquier precio, menos a costa de su dignidad y de un sufrimiento innecesario en un momento decisivo de su existencia.
7. La determinación del paciente deberá ser acatada en tenor de la libertad que posee y que es reconocida constitucionalmente, de tal forma la persona podrá ejercer la autonomía de su voluntad para elegir morir si considera en su fuero interno que el estado en el que se encuentra trasgrede su calidad de vida y dignidad. Corresponde exclusivamente a quien padece la enfermedad determinar el significado de estos términos. Ninguna persona tomará la decisión por el paciente y no se podrá desconocer su expresa voluntad.
8. Es acuerdo común en la legislación internacional que la petición del paciente deba constar por escrito, realizarse ante un notario público y contar con la presencia de dos testigos quienes darán fe de la capacidad del paciente, de su voluntad de morir y avalarán que la decisión fue realizada libremente sin coerción de ninguna naturaleza. Se sugiere que los testigos sean mayores de edad, legalmente capaces y,

al menos uno de los dos no debería: tener vínculo dentro del cuarto grado de consanguineidad y segundo de afinidad, ser miembro del personal de salud o ser asignatario de su testamento. Esta petición puede ser revocada en cualquier momento y sin ninguna formalidad, bastaría con la simple expresión de voluntad de dimitir de su decisión.

9. Desde el Derecho Penal se aclaró que sólo se configuraría un delito en el caso que el supuesto “suicidio asistido” no provenga de la decisión del paciente, es decir, si el médico actuará sin el consentimiento del paciente y provocará su muerte se dará lugar a un homicidio.
10. Desde la teoría penal, la posición de garante que caracteriza al profesional de la salud se extingue ante la voluntad de morir del paciente. Ante una situación en la cual no es eficaz ningún tratamiento no es posible construir un deber legal de actuar del facultativo, sobre la base de una situación vital irreversible, que con su prolongación a través de avanzadas técnicas científicas, se podría incurrir en un encarnizamiento terapéutico que infringe la prohibición constitucional de someter al sujeto a tratos inhumanos o degradantes.
11. Se establece que, en el caso del suicidio asistido, el deber objetivo de cuidado se limitaría a: corroborar el diagnóstico de “enfermedad terminal”; obtener el respaldo científico de un médico especialista en el área; entregar al paciente la información completa sobre su estado de salud, los posibles tratamientos y la opción de cuidados paliativos; notificar a la familia de la decisión; y si el paciente lo requiere, prestar su ayuda siempre y cuando se actúe bajo su consentimiento expreso. De lo contrario, para que se produzca la infracción al deber objetivo de cuidado debería tomarse en cuenta dos elementos esenciales: la producción del riesgo y la relación de causalidad, aspectos que no caben en un suicidio asistido que se apege el procedimiento establecido porque no se produce un riesgo en la vida del paciente ya que a causa de la naturaleza de la enfermedad el pronóstico es la inminencia de muerte cuya causa es la patología que padece la persona y que no proviene del actuar del médico, de lo que se concluye no existe la relación causal entre la labor del galeno y el fallecimiento del individuo.
12. En cuanto al rol del médico se ha determinado que al ser el suicidio asistido una opción tomada en libertad por el paciente, es ese mismo derecho el que ampara al médico en caso que haga uso de su legítimo derecho a expresar su objeción de

conciencia, caso en el cual su responsabilidad se limitará a darla a conocer oportunamente al paciente y remitirlo a otro galeno.

13. Cuando se ha tratado de los aspectos generales que deben ser considerados en la legalización del suicidio asistido se denota la necesidad de crear una comisión especializada en el Ministerio de Salud Pública que se encargue de vigilar el fiel cumplimiento del proceso que se establezca para el efecto.
14. Del estudio de legislación internacional se comprueba que la legalización no originó un efecto dominó ni desencadenó la malversación del fin principal del suicidio asistido, por el contrario en países como Suiza en donde no existe regulación al respecto, los estudios comprueban el incremento de muertes bajo asistencia de una tercera persona dando lugar al denominado “turismo de suicidio”.
15. En el caso ecuatoriano si se llegará a efectuar la reforma a la Ley Orgánica de Salud para la inclusión del suicidio asistido se debería elaborar un procedimiento claro que a más de las limitaciones establecidas anteriormente determine en forma clara y precisa las responsabilidades del médico, el manejo correcto de la historia clínica, la participación de dos profesionales: un especialista y un psicólogo con el fin de evaluar la decisión del paciente, el establecimiento de plazos que coadyuven al paciente a mitigar su dolor y morir conforme su voluntad, precisar el alcance de la asistencia del médico y prohibir el dominio del acto por parte de un tercero, garantizar el cumplimiento de la voluntad del paciente así como precisar las sanciones administrativas en caso de incumplimiento del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBI NUEVO, J. (2013). La carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad sanitaria. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 259-273.
- ÁLVAREZ DEL RÍO, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- BANCO, L. G. (1997). *Muerte Digna. Consideraciones bioético-jurídicas*. Buenos Aires: AD-HOC S.R.L.
- BARCHA DE PUYANA, E. (1996). *Derecho a vivir y morir con dignidad*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- BARQUÍN SANZ, J. (2008). La Eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro. En V. AUTORES, *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Lima: ARA Editores.
- BORDA, G. A. (2001). *La Persona Humana*. Buenos Aires: Editorial La Ley.
- CARPIZO, J. y. (2010). *Derechos Humanos, Aborto y Eutanasia*. Madrid: Editorial Dykinson.
- CÉRDA-OLMEDO, G. (2006). Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. eutanasia. En G. M. TOMÁS GARRIDO, *Manual de Bioética*. Barcelona: Editorial Ariel.
- CESANO, J. D. (2007). Los delitos de homicidio y lesiones imprudentes por mala praxis médica. En M. J. LÓPEZ MEZA, *Tratado de responsabilidad médica: Responsabilidad civil, penal y hospitalaria* (págs. 713-816). Bogotá: Legis Argentina S.A.
- CORNACCHIA, L. (2003). Suicidio y eutanasia. En E. MONTEALEGRELYNETT, *El funcionalismo en Derecho Penal. Libro homenaje al profesor Günther Jackobs*. Bogotá.
- DWORKIN, R. (1998). *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel.
- ESCUDERO LUCAS, J. L. (2006). La Disponibilidad de la vida en el ámbito del Derecho Penal: El suicidio y huelga de hambre. En G. M. TOMÁS GARRIDO, *Manual de Bioética*. Barcelona: Editorial Ariel.

- FARFÁN MOLINA, F. (2008). *Eutanasia, Derechos fundamentales y Ley Penal*. Bogotá: Ediciones Nueva Jurídica.
- FÉRNANDEZ HIERRO, J. M. (2007). *Sistema de Responsabilidad Médica*. Granada: Editorial Comares.
- FIBLA, C. (2000). *Debate sobre la eutanasia*. Barcelona: Editorial Planeta.
- GENCÓN GUAMÁN, J. (2011). El médico clínico frente a la muerte. *Revista Oncológica Ecuatoriana*, 65-69.
- GÓMEZ PAVAJEAU, C. A. (2003). *Estudios de Dogmática en el nuevo Código Penal, Segunda Parte*. Bogotá: Edit. Gustavo Ibañez.
- GONZALEZ MORAN, L. (2006). *De la bioética...al bioderecho. Libertad, vida y muerte*. Madrid: Editorial Dykinson.
- GRIJALVA, A. (2009). Distanasia. En P. U. ECUADOR, *Eutanasia: Aspectos éticos-médicos y jurídicos. La bioética y los conflictos en los confines de la vida*. Quito.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, L. (1984). *Libertad de amar y derecho a morir. Ensayo de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia*. Buenos Aires: Ediciones Depalma.
- JUANATEY, C. (2004). *El derecho y la muerte voluntaria*. México D.F.: Distribuciones Fontamara S.A.
- KIPER, J. (1997). *La justicia en la sociedad que se acerca. La Eutanasia*. Buenos Aires.
- LAZO ZAMBRANO, A. (2004). Responsabilidad Médica. *Revista Medica de Honduras*, 105-109.
- MASSINI CORREAS, C. I. (2001). Vida humana, autonomía y el final de la existencia: ¿Existe un derecho a disponer de la propia vida? En G. A. BORDA, *La Persona Humana*. Buenos Aires: Editorial La Ley.
- MENDES DE CARVALHO, G. (2008). Suicidio, eutanasia pasiva y rechazo de un tratamiento médico. En V. AUTORES, *Eutanasia y Suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Lima: ARA Editores.
- MÉNDEZ BAIGES, V. (2002). *Sobre morir, eutanasias, derechos, razones*. Madrid.
- NIÑO, L. F. (1994). *Eutanasia. Morir con Dignidad*. Buenos Aires: Editorial Universidad.

- NÚÑEZ PAZ, M. Á. (2006). *La Buena Muerte. El Derecho a Morir con dignidad*. Madrid: Editorial Tecnos.
- OLLERO, A. (2006). *Bioderecho: entre la vida y la muerte*. Navarra: Editorial Arazandi.
- PÁNIKER, S. (2000). La eutanasia voluntaria: un derecho humano. En C. FIBLA, *Debate sobre la eutanasia*. Barcelona: Editorial Planeta.
- REINOSO LUNA, H. (2009). Eutanasia: Valor y dignidad de la vida, principios éticos. En P. U. ECUADOR, *Eutanasia: Aspectos éticos-médicos y jurídicos. La bioética y los conflictos en los confines de la vida*. Quito.
- REYNA ALFARO, L. M. (2008). Homicidio a petición, Instigación y Ayuda al Suicidio en el Derecho Penal Peruano. En V. AUTORES, *Eutanasia y Suicidio. Cuestiones Dogmáticas y de Política Criminal*. Lima: ARA Editores.
- RODRÍGUEZ-ARAS VAIHEN, D. (2005). *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- ROMERO OCAMPO, G. (1986). *La Eutanasia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- ROXIN, C. (2008). Tratamiento Jurídico-Penal de la Eutanasia. En V. AUTORES, *Eutanasia y Suicidio. Cuestiones Dogmáticas y de Política Criminal*. Lima: ARA Editores.
- RUEDA MARTÍN, M. Á. (2009). La concreción del deber objetivo de cuidado en el desarrollo de la actividad médico-quirúrgica curativa. *InDret. Revista para el análisis del Derecho*, 1-58.
- SAMBRIZZI, E. A. (2005). *Derecho y Eutanasia*. Buenos Aires: La Ley S.A.E.
- SCHAMPS, G. (2006). La reglamentación belga relativa al fin de la vida: los cuidados paliativos. *Revista de Derecho Comparado*.
- SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: SENPLADES.
- SOBERANES FÉRNANDEZ, J. L. (2008). Algunas reflexiones sobre la eutanasia. En E. y. FERRER MAC-GREGOR, *La ciencia del Derecho Procesal Constitucional*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

VACA ANDRADE, Ricardo. (2009). El Derecho a morir. En P. U. ECUADOR, *Eutanasia: Aspectos éticos-médicos y jurídicos. La bioética y los conflictos en los confines de la vida*. Quito: PUCE.

ZAVALA EGAS, X. (2 de Septiembre de 2014). Despenalización del auxilio al suicidio - COIP.

NORMATIVA Y JURISPRUDENCIA

Acuerdo Ministerial No. 00001829, R.O. 798 de 27/09/2012

Constitución del Ecuador. R.O. No. 449 de 20/10/2008

Código Orgánico Integral Penal, R.O. No. 180 de 10/02/2014

Código Penal, R.O. Suplemento 147, de 22/02/1971

Código Penal de Alemania

Código Penal de España

Código Penal de Países Bajos

Código Penal de la República de Colombia

Código Penal de la República de Perú

Código Penal de la República de Uruguay

Declaración Universal de Derechos Humanos

Interim policy for prosecutors in respect of cases of assisted suicide. Reino Unido.

Législation Réglementant Les Soins Palliatif Ainsi Que L'euthanasie Et L'assistance Au Suicide. Luxemburgo.

Ley 26.691, Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act. Países Bajos.

Ley 26.742, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, del 21 de octubre de 2009. República de Argentina.

Ley 67, Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud. R.O. 625 de 24/02/2012

Ley de Autonomía del Paciente. España.

Ley Orgánica de Salud, R.O. Suplemento 423 de 22/12/2006

Loi relative à l'euthanasie, 20/09/2002. Bélgica.

Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Condiciones Catastróficas.

Proyecto de Ley Orgánica General de Salud

Sentencia C-239/97 de la Corte Constitucional de la República de Colombia de 20/04/1997

The Oregon Death with Dignity Act.

Washington Death with Dignity Act.

INTERNET

ASOCIACIÓN FEDERAL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. *Eutanasia y Suicidio Asistido en el Mundo*. Internet. www.eutanasia.ws. Acceso: (01/05/2014)

COORDINACIÓN GENERAL DE DESARROLLO ESTRATÉGICO EN SALUD. *Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010*. Internet: www.salud.gob.ec. Acceso: (02/05/2014)

G. SEVILLANO, Elena. *Los enfermos que van a Suiza para suicidarse se duplican en cuatro años*. Internet. www.elpais.com. Acceso: (30/08/2014).

ECUADOR INMEDIATO. *Destacan inversión de Ecuador en enfermedades catastróficas*. Internet. www.ecuadorinmediato.com. Acceso: (05/05/2014)

EL PAÍS. *Absuelto un médico holandés por una eutanasia por sufrimiento moral*. Internet. www.elpais.com. Acceso: (16/09/2014)

EL UNIVERSO. *Código eliminó delitos catalogados "absurdos"*. Internet. www.eluniverso.com. Acceso: (14/08/2014).

LÓPEZ DÍAZ, Claudia. *Traducción del Código Penal Alemán*. Internet. www.unifr.ch. Acceso: (02/05/2014)

MARKMANN TURIEL, María Luján. *La eutanasia: ¿Legalidad o ilegalidad? ¿Derecho a la vida o derecho a morir con dignidad?* Internet. www.ub.edu.ar. Acceso: (16/09/2014)

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Infografía: Principales causas de mortalidad en las Américas*. Internet. www.paho.org. Acceso: (05/08/2014)

SILVA, Edgar Omar. *Anuario de Vigilancia Epidemiológica 1994-2013*. Internet. www.public.tableausoftware.com. Acceso: (02/05/2014)

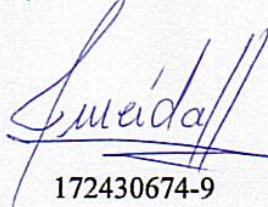
REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la Real Academia Española*. Internet. www.rae.es. Acceso: (05/06/2014)

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Zaida Carolina Almeida Falcón, C.I. 172430674-9 autora del trabajo de graduación intitulado: "TRATAMIENTO JURÍDICO DEL SUICIDIO ASISTIDO EN EL ECUADOR", previa a la obtención del grado académico de **ABOGADA** en la Facultad de **JURISPRUDENCIA**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 30 de octubre de 2015



172430674-9

 **REPÚBLICA DEL ECUADOR**
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 172430674-9

APELLIDOS Y NOMBRES
ALMEIDA FALCON ZAIDA CAROLINA


LUGAR DE NACIMIENTO
PICHINCHA QUITO LA MAGDALENA

FECHA DE NACIMIENTO **1991-10-31**

NACIONALIDAD **ECUATORIANA**

SEXO **F**

ESTADO CIVIL **SOLTERO**



INSTRUCCIÓN **SUPERIOR** PROFESIÓN / OCUPACIÓN **ESTUDIANTE** V3333V2222

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE **ALMEIDA LOPEZ CESAR ALFONSO**

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE **FALCON SALAZAR SAIDA MARLENE**

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
QUITO 2014-10-17

FECHA DE EXPIRACIÓN
2024-10-17



0807 07 437



DIRECTOR GENERAL



FIRMA DEL CEDULADO

