

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Derecho**

Maestría de Investigación en Derecho

**La vida digna en el proceso de muerte, prospección hacia la eutanasia  
y el suicidio medicamente asistido**

José Luis Vázquez Calle

Tutora: Lina Victoria Parra Cortés

Quito, 2020

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	<b>Reconocimiento de créditos de la obra</b> No comercial Sin obras derivadas	
---	---	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia



## **Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis**

Yo, José Luis Vázquez Calle, autor de la tesis intitulada “La dignidad de la persona humana en su proceso de muerte, prospección hacia la eutanasia y el suicidio medicamente asistido”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Derecho de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

08 de mayo de 2020

Firma: \_\_\_\_\_



## Resumen

Los avances en la medicina han permitido la realización de cosas impensables hasta hace pocos años. Este desarrollo ha presentado importantes beneficios para la sociedad en el cuidado de la salud. No obstante, también ha traído consigo un alargamiento innecesario de la vida y del sufrimiento en personas cuyo padecimiento es irreversible, que se refleja en las condiciones indignas en las que viven estos pacientes.

La vida digna ha sido reconocida como un derecho fundamental en la Constitución de la República del Ecuador y desarrollada ampliamente en la normativa infraconstitucional, razón por la que se constituye en un concepto esencial bajo el paradigma de un Estado constitucional de derechos y en la existencia de pacientes con enfermedades terminales.

El sufrimiento de estas personas es una realidad. En Ecuador decenas se suicidan cada año por el padecimiento de una enfermedad terminal. Razón por la que esta investigación ha determinado al derecho a la muerte digna (que se plasma a través de la eutanasia y al suicidio medicamente asistido), como una solución a esta problemática.

La pregunta de investigación es la siguiente: ¿cuáles son las consecuencias de reconocer dentro del proceso de muerte de una persona su derecho a la vida digna? En este contexto se ha determinado que entender en conjunto el derecho fundamental a la vida digna, el valor absoluto de la dignidad, la calidad de vida, la libertad, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, el libre desarrollo de la personalidad, así como la autonomía del paciente y su proyecto de vida, permiten que el enfermo terminal pueda determinar el momento de su muerte cuando considere que su vida ya no es digna.

Para responder la pregunta de investigación se ha aplicado los métodos: cualitativo, cuantitativo, dogmático y comparativo, a través de una entrevista realizada a Laura de Vito, lawyer of Dutch Right to Die Society NNVE, del análisis de la base de datos del Sistema David en el que la DINASED registra los suicidios por enfermedad terminal, así como una profunda revisión bibliográfica y comparación de la misma.

Esto ha permitido entender que al no tener una salida adecuada (legal) algunos pacientes con enfermedades terminales han tomado la decisión de suicidarse (producto de esta inactividad estatal). Se ha demostrado también que en la Constitución ecuatoriana se encuentra implícito el derecho a la muerte digna, por lo que el Estado tiene la obligación de hacer frente a esta realidad garantizando el derecho fundamental a la vida digna en la medicina y el cuidado de la salud, a través del ejercicio del derecho a la muerte digna.



Dedico esta tesis a mi familia de la que siempre he recibido apoyo y en esta ocasión ha sido fundamental para permitirme avanzar en mi proyecto de vida. A mi madre Martha, a mi padre Carlos, a mis hermanos: Martha, Angélica, Karla, Juan Carlos, y a mis sobrinos: Estefanía, Nicolás, María del Sol, Juan Sebastián, María del Cisne y Dulce María.



## **Agradecimientos**

Agradezco a mi querida Universidad Andina Simón Bolívar por permitirme crecer en los ámbitos personal y profesional, así como entender que existen otras formas de ver el mundo que son igual de importantes. Dejo constancia de mi gratitud a la doctora Lina Victoria Parra Cortés quién con su ingente conocimiento, cuidadosa organización y notable paciencia me ha guiado durante estos meses para conseguir una tesis de la que me siento orgulloso.



## Tabla de contenidos

Resumen.....	5
Introducción .....	13
<b>Capítulo primero. La vida humana, el derecho a la muerte digna y el suicidio por enfermedad terminal.....</b>	<b>17</b>
1. La vida humana .....	17
2. La vida digna como fuente de derechos.....	22
2.1 Vida digna y calidad de vida .....	22
2.2 La vida digna y la dignidad en la Constitución y la ley .....	30
2.3 Otros aspectos que permiten entender la vida digna de forma amplia..	41
3. El derecho a morir dignamente como parte de la vida digna .....	55
4. El suicidio de las personas con una enfermedad terminal en el Ecuador ...	59
4.1 Relatos de casos de suicidios .....	60
4.2 Estadística de los suicidios en Ecuador.....	62
<b>Capítulo segundo. Procedimientos a través de los cuales se realiza el proceso de muerte de una persona bajo el criterio de vida digna, posiciones contrarias y consecuencias .....</b>	<b>67</b>
1. La eutanasia.....	67
2. El suicidio médicamente asistido.....	74
3. Posiciones en contra del derecho a morir y de los procedimientos para acabar con la vida de las personas .....	79
3.1 Argumento de los principios.....	79
3.2 Argumentos sobre la inutilidad.....	84
3.3 Argumentos sobre las consecuencias .....	86
4. El deber del médico analizado desde el Derecho .....	89
5. La objeción de conciencia versus la autonomía del paciente .....	95
6. El consentimiento informado .....	100
6.1 Voluntariedad .....	104

6.2 Información en cantidad suficiente .....	104
6.3 Información con calidad suficiente .....	105
6.4 Competencia .....	105
6.5 Validez y autenticidad .....	106
7. El dilema de los pacientes que no pueden otorgar su consentimiento .....	108

**Capítulo tercero: Estructura del derecho a la muerte digna, experiencias internacionales y su tratamiento en el derecho penal ..... 113**

1. El derecho a la muerte digna, su relación con los derechos y su estructura .....	113
2. Tratamiento de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido en diferentes legislaciones.....	122
2.1 Estados Unidos de América.....	122
2.2 Colombia .....	123
2.3 Holanda .....	126
2.4 Bélgica.....	128
2.5 Suiza.....	129
3. Casos emblemáticos de muerte digna .....	130
3.1 Caso Paula Díaz .....	131
3.2 Caso de Karen Ann Quinlan .....	133
3.3 El caso de Nancy Cruzan.....	134
3.4 Caso de Colleen .....	135
3.5 Caso de Tina .....	135
4. La muerte digna bajo la esfera del derecho penal .....	136
4.1 Eutanasia pura.....	138
4.2 Eutanasia indirecta .....	139
4.3 Eutanasia pasiva.....	140
4.4 La eutanasia activa .....	140

**Conclusiones..... 145**

**Bibliografía..... 149**

## Introducción

El señor Andrés (nombre protegido) de 81 años se intentó suicidar durante cuatro ocasiones, la quinta vez fue encontrado muerto suspendido de un pilar de hormigón. El señor Pedro (nombre protegido) de 84 años ingresó a emergencia de un hospital del país por haber ingerido veneno, vomitaba una sustancia verdosa de mal olor, al brindarle los primeros auxilios ya no presentaba signos vitales.

El señor Javier (nombre protegido) de 85 años fue encontrado muerto en un canal de riego, en estado de descomposición, atascado en una palizada en posición de sumersión incompleta. El señor Vicente (nombre protegido) de 86 años fue encontrado aún con signos vitales con una herida de proyectil de arma de fuego en su cabeza, al trasladarlo al hospital se confirmó su fallecimiento. Efraín (nombre protegido) de 80 años fue encontrado muerto, suspendido en una sábana atada a su cuello.

Todos estos (348 en total) son casos reales que sucedieron en Ecuador entre el 2015 y el 2019. Al respecto existe un denominador común, *el suicidio por el presunto padecimiento de una enfermedad terminal*, causado por vivir en condiciones ajenas a la dignidad. Por lo tanto, se busca determinar el alcance del derecho fundamental a la vida digna y la forma en la que se proyecta en este caso en específico.

La Constitución de la República del Ecuador, reconoce como valor absoluto y supremo a la dignidad de la persona humana, siendo este el parámetro al que el resto de disposiciones tanto de la norma suprema, cuanto de las infraconstitucionales deben adecuar su estructura.

Partiendo de esta idea, no se debe entender a la vida como un concepto meramente biológico sino se debe articular a la dignidad, no es importante únicamente la valoración sobre la existencia de una persona (vida biológica) sino también sobre las condiciones con las que esta se lleva (vida biográfica).

Surge aquí el derecho fundamental a la vida digna que se encuentra reconocido en la Constitución y establece un catálogo de condiciones que deben ser garantizadas por el Estado para su ejercicio, siendo una de estas la de la *medicina y el cuidado de la salud*, por lo que se plantea estudiar en conjunto la norma constitucional con la realidad de los pacientes.

Se ha escogido este tema de investigación porque como se ha demostrado, el sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad terminal está presente en el

Ecuador, surgiendo la siguiente pregunta: ¿cuáles son las consecuencias de reconocer el derecho a la vida digna en el proceso de muerte de una persona? Situación que obliga a que se materialice la responsabilidad del Estado de garantizar el ejercicio derecho a la vida digna de la persona que se encuentra bajo padecimientos graves, insoportables e innecesarios.

Bajo este criterio, se transforma el paciente en un actor fundamental de su vida y de las relaciones que en el ámbito de la salud se producen. En la sociedad actual debe ser el enfermo el conductor de su propia existencia, quien, con base en un juicio de valor llega a una resolución sobre su situación, debiendo esta ser acatada sin interferencias de ningún tipo.

En la presente investigación se han aplicado los métodos: cualitativo, cuantitativo, dogmático y comparativo, que han permitido llegar a importantes conclusiones sobre el ejercicio de lo que se conoce como el derecho a la muerte digna que se ejerce a través de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

Se ha trazado además como objetivos: estudiar el concepto de vida digna como fuente de derechos en el sistema jurídico ecuatoriano, explicar la autonomía del paciente en la decisión sobre su propia vida y su relación con la vida digna en el proceso de muerte a través de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido y por ultimo exponer algunas de las repercusiones del reconocimiento de la muerte digna en el proceso de muerte.

La tesis está estructurada en tres capítulos. En el primero se hace un acercamiento a la vida para entenderla no solo en su sentido biológico sino también en el biográfico que está relacionado con las condiciones con las que se lleva la existencia. Se desarrollan además los criterios de vida digna y calidad de vida que reconocen a la persona como sujeto de derechos.

Se determina de igual forma que es indispensable para el reconocimiento del derecho a morir con dignidad la actuación los criterios de libertad, proyecto de vida, prohibición de tratos inhumanos o degradantes, libre desarrollo de la personalidad y autonomía del paciente. Finaliza el capítulo con la exposición de los suicidios en el Ecuador cuya presunta motivación es una enfermedad terminal.

En el segundo capítulo se estudian los procedimientos de eutanasia y suicidio medicamente asistido que se constituyen en la expresión de la muerte digna y permiten a la persona que está bajo una enfermedad grave, tomar una decisión libre sobre el final de su vida. Se hace un acercamiento a las posiciones contrarias el ejercicio de este derecho,

a la objeción de conciencia, a la autonomía del paciente y al dilema de las personas que no pueden expresar su voluntad en el ámbito de la medicina y el cuidado de la salud.

El tercer capítulo presenta un estudio de la vida digna en su relación con los derechos desde un enfoque constitucional, se plantea la estructura del derecho a morir con dignidad, se desarrollan experiencias internacionales del derecho a la muerte digna y se finaliza con un estudio del derecho a la muerte digna desde el derecho penal.

Luego de este acercamiento, se concluye mencionando que es indispensable que el Estado, dejando de lado valoraciones morales, religiosas, sociales, éticas, etc., asimile la realidad nacional y genere un mecanismo para permitir que los enfermos terminales puedan ejercer su derecho a decidir sobre la forma en la que quieren terminar su vida, siendo el instrumento para este fin la muerte digna, que incluso ha sido considerada como un derecho humano.



## Capítulo primero. La vida humana, el derecho a la muerte digna y el suicidio por enfermedad terminal

Para realizar un acercamiento al concepto de vida digna y entender su relación con criterios tales como: la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad, la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, es necesario partir de nociones que incluso no pueden tener una connotación completamente jurídica, tales como: la vida, el ser humano, el proyecto de vida, etc., pero que tienen estrecha relación con este derecho fundamental y se constituirán en la base para el estudio, razón por la que se tratará de conceptualizarlos y acercarlos al Derecho.

### 1. La vida humana

El término *vida* es amplio. Ha sido estudiado desde la Medicina, el Derecho, la Química, la Filosofía, la Sociología etc., por lo que puede ser tratado desde diferentes áreas, estar sujeto a muchas definiciones y arribar a las más diversas conclusiones. Se coincide con lo mencionado por Schmidt, para quien la vida se constituye en un criterio transdisciplinar, complejo y multicultural. El término hace referencia de forma general a diversas posibilidades en las que un ser vivo *existe*, se *relaciona* y se *comunica* con otros.<sup>1</sup>

Asunción Herrera señala que en el pensamiento clásico se puede encontrar el discurso base que ha estructurado el término vida. El que diferencia la *biológica* y la *humana*. En el elitismo aristotélico se consideraba que había tres formas para constituir un *bios* (una auténtica y forma humana de vida). La primera es la voluptuosa del disfrute de los placeres, la segunda la que se dedica a los asuntos políticos y la tercera la teórica del filósofo.<sup>2</sup> En consecuencia, un esclavo, una trabajadora, un artesano no podían ser consideradas vidas autónomas y auténticamente humanas, el poder elegir, es fundamental para hablar de un *bios* más allá de lo biológico,<sup>3</sup> siendo esta la noción *clásica* de la vida.

Como se puede observar, hay una diferencia entre la vida biológica y la humana, así como una marcada línea sobre la concepción clásica de la vida y la que se conoce en la actualidad. En sus inicios la vida no era inherente al ser humano, sino que estaba

---

<sup>1</sup> Ludwing Schmidt H, “¿Vida digna o muerte digna? Concepciones actuales, *Revista Bioethikos*, n.7(2013):157-173. <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/103/4.pdf>.

<sup>2</sup> . Asunción Herrera Guevara, “Nueva retórica del concepto vida” *Revista CTS*, n10(2008:)229-240. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=53950>.

<sup>3</sup> *Ibíd.*

reservada para determinadas personas, concepto que ha ido evolucionando hasta convertirse en una situación connatural a la existencia de la persona.

La misma autora menciona que esta discriminación que se hacía en la antigüedad del concepto vida y consecuentemente de sus titulares, varía con la profundización y entrada en debate de los dogmas cristianos. Se traza un *nuevo concepto* de eso que se llama vida.<sup>4</sup> Su percepción social, determina que siempre “ha ido unida a la expansión del credo judeo-cristiano. El cristianismo sentó las bases de lo que es la vida humana”.<sup>5</sup>

Un conocimiento actual para explicar este fenómeno ha sido desarrollado por Fritjof Capra, conforme el cual, la vida se debe entender desde un punto de vista sistémico, a través de la teoría de los sistemas vivos, explicada conforme los siguientes conceptos: el patrón, la estructura y el proceso. Estas tres partes tomadas como un conjunto, permiten identificar y diferenciar entre los sistemas vivos y no vivos,<sup>6</sup> en estos últimos están presentes únicamente las dos primeras condiciones (patrón y estructura), mientras que en los vivos se suma una más (proceso).

El primer elemento es el *patrón de organización*, que se presenta en cualquier sistema vivo o no, es el producto de la configuración de las relaciones entre sus componentes, son las características esenciales del sistema. El segundo elemento es la *estructura del sistema* que implica la corporeización física del patrón de organización, es decir su forma, su composición química.<sup>7</sup>

Estas dos condiciones se observan tanto en una estructura con vida cuanto en una que no la posee, pero en los sistemas vivos surge un tercer criterio que es *el proceso*. Es la actividad que se constituye en el vínculo entre el patrón y la estructura, en el sistema vivo hay un flujo de materia y energía por el organismo, en el que las células se sintetizan y disuelven, eliminan desechos, los tejidos y las células tienen ciclos continuos, hay crecimiento, desarrollo y evolución, siendo esta la naturaleza de la vida.<sup>8</sup> El proceso y su posibilidad de cambio es lo que diferencia a los sistemas vivos de los no vivos.

Con base en la Biología Teresa y Gerald Audesirk, consideran que los seres vivos se constituyen en un campo diverso, por lo tanto, no se pueden describir únicamente con la suma de todas sus partes. La vida en consecuencia surge como un resultado de

---

<sup>4</sup> Herrera Guevara, “Nueva retórica del concepto vida”.

<sup>5</sup> *Ibíd.*

<sup>6</sup> Fritjof Capra, *La trama de la vida*. Traducido por David Sempau. Barcelona. Editorial Anagrama. 1995,174.

<sup>7</sup> *Ibíd.*,172.

<sup>8</sup> *Ibíd.*

complejas interacciones ordenadas. A pesar de la dificultad para definir qué es la vida, se pueden señalar las características de los seres vivos, lo que permitirá diferenciarlos de los objetos inanimados.<sup>9</sup>

- a) Los seres vivos tienen una estructura compleja, organizada que consta en buena parte de moléculas orgánicas,
- b) Los seres vivos responden a los estímulos de su ambiente,
- c) Los seres vivos mantienen activamente su compleja estructura y su ambiente interno;(homeostasis),
- d) Los seres vivos obtienen y usan materiales y energía de su ambiente y los convierten en diferentes formas,
- e) Los seres vivos crecen,
- f) Los seres vivos se reproducen, utilizando un patrón molecular llamado DNA,
- g) Los seres vivos en general, poseen la capacidad de evolucionar.<sup>10</sup>.

Es necesario indicar que su universo no engloba únicamente a las personas, sino a una multiplicidad de seres vivos.<sup>11</sup> Teniendo en cuenta que la vida no es solo humana, sino que se presenta en diversas manifestaciones, abarcando a: los seres humanos, otro tipo de seres vivos y el eco-ambiente.<sup>12</sup> Por lo tanto, la vida no es un criterio atribuible únicamente a los seres humanos, son estos una de esas tantas manifestaciones vinculadas a la vida humana.

Con un enfoque en el estudio de la vida humana, se propone responder las siguientes preguntas: ¿qué es?, ¿qué la diferencia del resto de seres vivos?, lo que permitirá obtener las características especiales de las personas humanas, y que consecuentemente las hacen titulares de derechos.

El ser humano (al igual que la vida), puede ser estudiado desde diferentes disciplinas y tener diversas concepciones. De forma general se puede señalar que se constituye en un ser “integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad, que obedece a su ubicación temporal y espacial”.<sup>13</sup> Por lo

---

<sup>9</sup> Teresa Audesirk, Gerald Audesirk, Bruce E. Byer, *Biología, La vida en la Tierra*, trad. Héctor Escalona, Roberto Escalona, (México,2003), 2.

<sup>10</sup> *Ibíd.*

<sup>11</sup> *Ibíd.*,7.

<sup>12</sup> Schmidt H, “¿Vida digna o muerte digna? Concepciones actuales”.

<sup>13</sup> Luz Marina Alonso Palacio, Isabel Escorcía de Vásquez,” *El ser humano como una totalidad*”, *Salud Uninorte*, n,17. (2003):3-8, <http://www.redalyc.org/pdf/817/81701701.pdf>.

que se señala que el ser humano se tiene que entender como un modelo holístico, consecuentemente no arrojará resultados adecuados si es que se estudia por separado.

La filosofía, que en sus estudios del ser humano ha tratado de “describir los fenómenos más básicos de la experiencia humana, tales como: la percepción y la afectividad (emociones, deseos), el sentido moral y estético, las relaciones interpersonales (empatía, amor), la religiosidad, y otros muchos conceptos que han ganado claridad por los estudios conducidos con esta sensibilidad filosófica”<sup>14</sup> pudiendo adscribir a esta condición de ser humano esta variedad de características que permiten individualizarlo del resto.

La idea fundamental para conceptualizar el término ser humano, radica en entender en primer lugar que, al ser un concepto tan amplio, complejo y multidisciplinario, no permite desarrollarlo desde el Derecho o la Filosofía ya que no arrojará resultados adecuados, se tiene que entender desde diferentes puntos de vista para otorgarle una visión integral. Koffman desarrolla doce características<sup>15</sup> que identifican a los seres humanos, diferenciándolos del resto de seres vivos, las que se pueden resumir de la siguiente manera:

a) Es un ser biológico. – Porque tiene que atravesar un ciclo vital hasta los determinantes genéticos o evolutivos, la condición *bio* es el soporte sobre el que se desarrollan todos los aspectos.<sup>16</sup>

b) Es el único ser consciente de su propia finitud. - Tiene relación con la conciencia de la unidireccionalidad del tiempo, la que es generadora del sentimiento de la angustia existencial, que permite dar sentido a la vida de la persona.<sup>17</sup>

c) Es un ser emocional. - Las decisiones cotidianas, tienen relación con la emocionalidad, estas emociones, se constituyen en modelos organizativos y de interpretación anteriores a la razonabilidad que no desaparecen. Las emociones se sienten, no son engañosas.<sup>18</sup>

d) Es un ser que se estructura en la intersubjetividad. - El ser humano se forma desde los otros, ejemplo claro de esto pueden ser los sonidos intrauterinos, el aprendizaje

---

<sup>14</sup> Juan Luis Lorda, “¿Qué es el hombre? (una vez más), *Scripta Theologica Documentos del Instituto de Antropología y Ética*, n30(1998):165-200. <https://www.unav.edu/documents/8871060/8964433/32-Que+es+el+hombre.pdf/803b8504-27e6-4603-9b7e-eab46f8087f3>.

<sup>15</sup> Raúl G. Koffman, “¿Qué es un ser humano?, *Revista Médica de Rosario*, n.74(2008):32-34. <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/960256Ra%C3%BA1%20Koffman.pdf>.

<sup>16</sup> *Ibíd.*

<sup>17</sup> *Ibíd.*

<sup>18</sup> *Ibíd.*

de la lectura de los propios sentimientos, o incluso de los otros, la valoración de pensamientos y sentimientos, por lo que las otras personas directa o indirectamente siempre estarán presentes.<sup>19</sup>

e) Oscila permanentemente entre la búsqueda de la autonomía y la dependencia de otros. - La persona totalmente autónoma es algo que no existe, en contraste a esto, la persona absolutamente dependiente no será capaz de estructurar su vida y destino, la vida implica una dosis y equilibrio de ambas dependiendo de cada situación.<sup>20</sup>

f) El ser humano necesita una identificación de lo público y de lo privado. - Las personas tienen clara la situación de lo que conservan como propio que consecuentemente no se conoce, es el desarrollo el que permite crear nociones tales como lo propio y lo ajeno, el otro y la misma persona.<sup>21</sup>

g) Es un ser constructor de conocimientos. - El ser humano para vivir utiliza sus dotaciones genéticas y las habilidades que desarrolle a lo largo de su vida, las experiencias transcurren por lo que las ordena y les da coherencia. Para lograr esto tiene que generar auto organización, la experiencia vivida, comprender el mundo, esto implica la construcción de conocimiento.<sup>22</sup>

h) Es un ser lingüístico. - El lenguaje es el que le permite al ser humano volver sobre sí mismo, hacerse de su propia mirada y de la reflexión, a esto se refiere el autor con racionalidad, esta actividad permite llegar al autoconocimiento y al conocimiento de los otros.<sup>23</sup>

i) Es un ser histórico y culturalmente construido. - Lo de hoy no fue lo de ayer, el conocimiento, los hábitos y las costumbres se construyen con los conceptos que fueron validados, el amor, la felicidad, lo bello, lo sano, entre otras ideas, están atravesadas por el momento en que cada sociedad vive, cuáles son sus valores, creencias, etc.<sup>24</sup>

j) El ser humano es frágil. - Es un ser indefenso cuando nace, condicionado con odios, envidias, se reivindica y cree racional, es limitado por diversos factores, esta es la muestra de fragilidad, sumado a esto la vulnerabilidad a los medios de destrucción masiva creados por él mismo. Lo que se compensa cuando se cree superior. Como conclusión

---

<sup>19</sup> Koffman, “¿Qué es un ser humano?”

<sup>20</sup> *Ibíd.*

<sup>21</sup> *Ibíd.*

<sup>22</sup> *Ibíd.*

<sup>23</sup> *Ibíd.*

<sup>24</sup> *Ibíd.*

señala el autor que el ser humano es todo esto que se ha analizado, *pero actuando al mismo tiempo*.<sup>25</sup>

Las características desarrolladas por Koffman son una clara demostración de la diferencia sustancial del carácter único de los seres humanos, distanciándolos del resto de organismos vivientes. Son consideraciones válidas que entendidas en su conjunto permiten diferenciarlos con situaciones tales como el ser lingüístico, el conocimiento de lo público y lo privado, el ser biológico, consciente de su propia finitud. Es cuestión de lógica al comparar un ser humano y un animal doméstico bajo estos puntos y determinar que están presentes en el primero (ser humano) y ausentes en el segundo (animal doméstico).

Si bien se podría señalar que alguna puede encontrarse de cierta forma presente en otros seres vivos, el hecho de entender todas estas características en conjunto como un modelo *holístico* es lo que hace único al ser humano, por lo que su estudio no se tiene que dirigir únicamente hacia su existencia, sino también a las condiciones con las que se lleva a cabo. Se señala también que la condición de ser humano se traslada a todo el género humano, ya que es un atributo de la personalidad que se adquiere por el solo hecho de existir, indistintamente si se trata de una persona con discapacidad, o que en la antigüedad no gozaba de tal condición.

## **2. La vida digna como fuente de derechos**

Para entrar a analizar los procedimientos de eutanasia y suicidio medicamente asistido es indispensable el desarrollo del concepto de vida digna que, a más de ser un derecho constitucionalmente reconocido, establece un catálogo de condiciones que deben ser cumplidas por el Estado para su garantía. Junto a este se presenta el de calidad de vida que implica un conjunto de categorías que sumadas a la valoración propia que le da el ser humano, constituyen su esencia. Siendo estos dos términos la base para lo que se conocerá como la muerte digna.

### **2.1 Vida digna y calidad de vida**

Augusto y Guillermo Morello señalan que “la dignidad de la vida entre los derechos fundamentales, es el más encumbrado, el que ostenta el grado preferente”,<sup>26</sup> por

---

<sup>25</sup> Koffman, “¿Qué es un ser humano?”

<sup>26</sup> Augusto Mario Morello, Guillermo Claudio Morello, *Los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud* (La Plata: Librería editora Platense, 2002),71.

su parte Bernal Pulido menciona que los derechos fundamentales “son una clase especial de derechos subjetivos cuya diferencia específica estriba en su carácter fundamental”,<sup>27</sup> radicando en estas ideas su importancia.

La vida digna se caracteriza por estar conformada por una multiplicidad de conceptos, situación que de cierta manera choca con la definición taxativa de la Constitución ecuatoriana que enmarca la vida digna dentro de un catálogo de factores que no se apegan totalmente a la realidad, siendo no solo importante los que involucran a derechos económicos, sociales y culturales, sino también cuestiones concernientes a la *medicina y el cuidado de la salud* que es el criterio de vida digna sobre el que se encuadrará este estudio.

Este derecho fundamental puede ser entendido desde dos perspectivas. Sobre la primera Cavallaro y Schafer citados por Beloff consideran que surge como parte del derecho a la vida y la integridad. Se violenta por la omisión del Estado cuando este no genera las condiciones que garanticen esa vida digna a niños, privados de la libertad, indígenas, o demás personas en situación de vulnerabilidad,<sup>28</sup> como los enfermos terminales.

La segunda perspectiva, según Melish citado por Beloff hace referencia a las condiciones de existencia digna señaladas por el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos sobre los derechos económicos sociales y culturales. Midiéndose la insuficiencia de estas condiciones con la falta o deficiencia en el acceso a derechos tales como al agua, a la alimentación, a la educación, en definitiva los sociales.<sup>29</sup>

Como se observa, esta doble dimensión se refiere tanto al derecho a la vida y a la integridad, como a la existencia de condiciones sociales, debiendo la norma ecuatoriana asumir esta doble posición. Surge ahora el problema del encuadramiento del criterio de vida digna que se ha llamado *de la medicina y del cuidado de la salud* en una de las dos perspectivas, señalando prima facie que la posición a la que más se acomoda es a aquella que surge del respeto a la vida y a la integridad ya que se podría atar estos conceptos al cuidado de la salud.

---

<sup>27</sup> Carlos Bernal Pulido, “Derechos fundamentales” en, *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho, volumen dos* (México: Editorial DR. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015), 1571. ISBN Electrónico: 978-607-02-6618-8.

<sup>28</sup> Mary Beloff, Laura Clérico, “Derecho a condiciones de existencia digna y situación de vulnerabilidad en la jurisprudencia de la Corte Interamericana” *Estudios Constitucionales*, n.1(2016):139-177. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-52002016000100005&lng=pt&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-52002016000100005&lng=pt&nrm=iso).

<sup>29</sup> *Ibíd.*

Este derecho no se violenta únicamente cuando el Estado no cumple las condiciones establecidas en su normativa, sino también cuando *no actúa* frente a seres humanos que viven en condiciones indignas. Cabe preguntarse si es que ha intervenido frente a las decenas de personas que se suicidan cada año en el Ecuador cuya presunta motivación es una enfermedad catastrófica o un padecimiento grave. Por lo tanto, el Estado debe tomar acciones tendientes a asegurar condiciones dignas de vida no solo en el ámbito social sino también en la medicina y el cuidado de la salud.

Por otro lado, Augusto y Guillermo Morello sostienen que “el derecho a la vida a pesar de su altísimo nivel está subordinado a la dignidad de la vida, la dignidad es un derecho absoluto porque la vida no existe si no está presente”<sup>30</sup> citan también a Ortega y Gasset para quien la vida es tal solo si es digna”.<sup>31</sup>

Como se observa vida y dignidad están estrechamente relacionadas, se considera que son interdependientes, no es vida la que no se lleva con dignidad, siendo esta la condición *sine qua non* para la existencia y normal desarrollo de una persona. Siempre que se hable de vida se debe mencionar a sus condiciones y consecuentemente a su dignidad, marcándose de esta forma un parámetro “que articula la dignidad en la vida *como el vértice superior* de los derechos fundamentales”,<sup>32</sup> demostrándose de esta forma que la vida digna se constituye en fuente de diversos derechos y específicamente del derecho a la muerte digna como se analizará más adelante.

Antonio Ruiz de la Cuesta sobre la relación entre la vida y la dignidad señala “el derecho a disfrutar de la vida más plena y digna posibles durante el proceso vital [...] debe ser la base de cualquier ordenamiento democrático y civilizado, debiendo ocupar el primer puesto en la jerarquía de los derechos fundamentales por ser el fundamento de los demás ya que permite la máxima realización [...]”.<sup>33</sup>

La dignidad le da a la vida “consistencia, razón de ser e intrínseca y superlativa legitimación”.<sup>34</sup> Por lo que es necesario anotar que la vida humana y la vida digna se constituyen en valores tan fundamentales que nadie se atrevería a negarlo, al menos en la teoría”.<sup>35</sup>

---

<sup>30</sup> Morello, Morello, *Los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud*, 71.

<sup>31</sup> *Ibíd.*

<sup>32</sup> *Ibíd.*, 74.

<sup>33</sup> Carmen Rosa Rueda Castañón, Carlos Villán Durán, *La Declaración de Luarca sobre el derecho humano a la paz* (España: Ediciones MADÚ S.A, 2007), 351.

<sup>34</sup> Morello, Morello, *Los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud*, 81.

<sup>35</sup> Rueda Castañón, Villán Durán, *La Declaración de Luarca sobre el derecho humano a la paz*, 352.

Es interesante en el desarrollo de la literatura sobre la vida digna, que autores no se refieran únicamente al presente del ser humano, sino también a su proyección a futuro, que se puede entender como “lo que le da sentido al vivir y de lo que de ese vivir habremos de realizar en la actitud futura [...] si hay dignidad y mientras esa cualidad perdure”, lo que se relaciona con el proyecto de vida.

Se podría con esto señalar que goza también de una característica circunstancial ya que las condiciones bajo las que se presenta pueden variar, haciendo que la vida de la persona deje de tener esa condición por un supuesto cambiante, lo que llevaría a que no solo se interrumpa esta dignidad, sino también que no se cumpla con el derecho fundamental a la vida y se limite la planificación hecha por la persona.

Por lo tanto, es necesario indicar que los derechos fundamentales y en especial la vida digna, están sujetos a evolución, a cambios y variaciones en su estructura y contenidos, pueden reformularse, y apuntar en diversas direcciones.<sup>36</sup> De esto se puede obtener su condición de dinámica, lo que podría justificar que no siempre se encuentren institucionalizados todos los parámetros que lo conforman, debiendo ser revisados conforme evolucione la sociedad.

Por todo lo expuesto queda demostrado el alcance e importancia del derecho fundamental, que engloba una serie de condiciones que permiten desarrollarse a una persona, entre las que se encuentran las referentes a *la medicina y el cuidado de la salud*. La vida digna además se constituye en la base para la realización de otros derechos entre los que encuentra el derecho a la muerte digna, siendo innegable su carácter de fuente de derechos.

Siguiendo este orden de ideas, es preciso señalar la vida no es únicamente amenazada por la muerte sino también por las circunstancias que impiden a una persona llevar una vida digna. No se atenta solo al derecho a la vida cuando por acciones u omisiones se limita, sino cuando sus condiciones, hacen de la existencia un ejercicio insoportable, indeseable,<sup>37</sup> por ejemplo una enfermedad terminal.

Paralelo a este derecho fundamental, se encuentra otro concepto de similar importancia, que también se constituye en fuente de derechos y aporta en la construcción

---

<sup>36</sup> Morello, Morello, *Los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud*,80.

<sup>37</sup> Gustavo Adolfo García Arango, “Derecho a la vida digna. El concepto jurídico del dolor desde el Derecho Constitucional” *Opinión Jurídica- Universidad de Medellín*, n.12(2007):15-34. <https://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/113>.

de lo que más adelante se llamará el derecho a la muerte digna, es la calidad de vida que complementa el concepto de vida digna.

La calidad de vida es una noción reciente, fue aplicada en sus inicios a la salud en un sentido biológico, por lo que ha alcanzado su punto más alto en las ciencias biomédicas. Se entiende de forma general como el *bienestar físico mental y social*.<sup>38</sup> Dalkey y Rouke consideran que la calidad de vida es “un sentimiento personal de bienestar, de satisfacción/insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad”.<sup>39</sup>

Se suma a esta noción, la valoración que Andrews y Whitney hacen, estableciendo que la calidad de vida no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo.<sup>40</sup> Bajo este criterio la calidad de vida depende de la valoración personal que cada ser humano le otorgue a su realidad. Al respecto Herrera y Guzmán mencionan:

se refiere al conjunto de condiciones necesarias para poder llevar a cabo el proyecto personal de una vida integralmente humana [...] debe partir de lo que la propia persona considera que hace buena su propia vida, estos valores, preferencias y deseos convierten a la calidad de vida en algo en primera instancia subjetivo. Esta valoración es compleja y multidimensional y abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales etcétera [...].<sup>41</sup>

Para Levi y Anderson, la calidad de vida se traduce en “la medida compuesta por el bienestar físico, mental o social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, o de felicidad, satisfacción y recompensa”.<sup>42</sup> Entra como factor preponderante además de la percepción individual, la visión grupal, así como aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales. Por lo tanto, no sería acertado encuadrarla dentro de parámetros cerrados e inquebrantables, que no puedan ser sujetos a constante revisión.

María del Carmen Amaro complementa la estructura señalando “el ser humano es un ser esencialmente social y en tanto que tal, su plena realización está vinculada a esta

---

<sup>38</sup> Adela Herrera, Andrés Guzmán, “Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento”, *Revista Médica Clínica CONDES*, n.23(2012):65-76 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702754>.

<sup>39</sup> Dalkey y Rouke, citado en J. Bobes, P. González, M. Bousoño, E. Suárez Retuerta, “Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida” *Psiquiatría*, n.6(1993)5-9. [https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993\\_Bobes\\_Desarrollo.pdf](https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Bobes_Desarrollo.pdf).

<sup>40</sup> Andrews y Whitney, citado en Bobes, González, Bousoño, Suárez Retuerta, “Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida.

<sup>41</sup> Herrera, Guzmán, “Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento, 65-76.

<sup>42</sup> Levi y Anderson, citado en Bobes, González, Bousoño, Suárez Retuerta, “Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida”5-9.

esfera”,<sup>43</sup> reconociendo lo social como parte del bienestar. Por último se une a esta visión la participación social, que implica la satisfacción de las personas por su intervención en los diferentes ámbitos, tales como el familiar, laboral, comunal, sobre los cuales despliega sus capacidades humanas y desarrolla su personalidad,<sup>44</sup> lo que permite asimilar el concepto de calidad de vida en conjunto.

Las características de la calidad de vida expuestas por Herrera y Guzmán son las siguientes:

Tabla 1

**Condiciones de calidad de vida**

1. Una buena salud física y psíquica con elementos que no le permitan al individuo estar preocupado por su bienestar.	2. Un status socioeconómico y laboral que le permita unirse con la sociedad circundante
3. Acceso a fuentes de cultura y a bienes y servicios	4. Reconocimiento por parte de los demás de derechos valores que le generen autoestima
5. Entorno ecológico-ambiental sano y limpio de contaminantes que facilite una vida feliz	6. Sentido de pertenencia a una sociedad justa con solidez y seguridad jurídica, que reconozca los derechos y las libertades

Fuente: Adela Herrera, Andrés Guzmán, “Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento”. Elaboración propia.

Las condiciones mencionadas en el gráfico, concuerdan con las que se han desarrollado, englobando aspectos físicos, psíquicos, sociales, económicos, laborales, culturales, ambientales, etc. No obstante, la categoría número uno del gráfico es la más importante para este estudio, hace referencia a los elementos que dentro de la salud protegen el bienestar, entre los que se podría encuadrar la *medicina y el cuidado de la salud* que permitirá a la persona determinar si goza de bienestar en cuanto a su salud.

Trasladándose al plano ecuatoriano, la doctrina que ha estudiado la calidad de vida expresa “al margen que explícitamente en ninguno de los artículos la Constitución menciona a la calidad de vida, es evidente que el concepto de la calidad de vida ha sido

<sup>43</sup> María del Carmen Amero Cano, “Una muerte digna para una vida digna”, *Cuadernos de Bioética*, n.4(1998):822-824, <http://aebioetica.org/revistas/1998/4/36/822.pdf>.

<sup>44</sup> Herrera, Guzmán, “Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. 65-76 <https://>

reemplazado por el de Sumak Kawsay (buen vivir, vida digna)”.<sup>45</sup> En contraste se señala que el artículo 383 inciso tercero sí hace referencia a la calidad de vida. No se coincide con la analogía que se hace entre la calidad de vida, el buen vivir y la vida digna, ya que se sostiene (en este trabajo) que calidad de vida y vida digna son distintos.

Se determina también en la investigación citada que la calidad de vida encierra aspectos personales, sociales, físicos, inmateriales, objetivos y subjetivos,<sup>46</sup> concepto que es acertado y permite dimensionar su alcance. Como contentivos se mencionan elementos tales como la calidad de vida en la ciudad, su influencia en las ciudades, sus efectos económicos, la atracción de inversiones, el vincular la política pública a la calidad de vida, se le dota de la condición de bien público a ser provisto por el sector público.<sup>47</sup>

También se describen como indicadores específicos para determinar la calidad de vida de las personas a la contaminación auditiva, los ingresos, la provisión de servicios básicos, el nivel de satisfacción de los servicios públicos, necesidades humanas, salud, educación, vivienda, servicios básicos, espacio público, medio ambiente, seguridad, movilidad, entre otros,<sup>48</sup> sobre lo que cabe mencionar que se hace mucho más énfasis a las condiciones sociales que a las referentes a la medicina y el cuidado de la salud.

Con base en lo manifestado se puede señalar que el Ecuador mantiene una visión de calidad de vida más acercada a cuestiones sociales, sin igual tratamiento al factor médico y del cuidado de la salud, situación que se refleja en las leyes y el reconocimiento de derechos. En soporte de esto, Erikson considera que no es adecuado únicamente:

Tener conocimiento de las condiciones económicas, también debemos tener información sobre salud, conocimiento y habilidades relacionadas al trabajo para determinar el nivel de vida, no hay ninguna vara común para medir por la que se puedan comparar o hacer equivalentes las diferentes dimensiones, no existe ninguna forma objetiva o imparcial por la que sería posible decidir cuál de los dos hombres esta mejor que uno su uno de ellos tiene por ejemplo una salud deficiente pero mejores condiciones económicas que el otro”.<sup>49</sup>

Se reconoce como se observa la dimensión *salud* como parte de su estructura. Se parte de esto para señalar que las decisiones que se tomen sobre un paciente deben evaluar

---

<sup>45</sup> Luis Verdesoto, Rosa Donoso, Raúl Aldaz, Jennifer Marcillo, Soledad Chalco, Ivonne Morocho, *Quito, un caleidoscopio de percepciones, midiendo la calidad de vida*, Quito, Corporación Instituto de la Ciudad de Quito. 2009, 9.

<sup>46</sup> *Ibíd.*, 11-14.

<sup>47</sup> *Ibíd.*, 14.

<sup>48</sup> *Ibíd.*, 20-21.

<sup>49</sup> Robert Erikson, “Descripciones de la desigualdad el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar” en, *La calidad de vida* (México: Editorial DR., 1993), 108.

de forma obligatoria el grado en el que se afecta su valor de la vida, determinando de qué lado de un solo umbral está la calidad de vida de una persona<sup>50</sup> (buena o mala).

A través de esta valoración se puede entender que la calidad de vida en una persona puede ser tan mala como para que un procedimiento médico sea una carga totalmente pesada, pudiendo llegar a ser menores los beneficios al mantener la vida o el tratamiento. El juicio en la calidad de vida consiste en determinar si es que del balance o valoración resulta mayor el aspecto negativo que el mantener la existencia.<sup>51</sup>

La relación entre la calidad de vida y el cuidado de la salud se explica porque esta última “debe proporcionar el tratamiento que mejor permita a los pacientes procurar con éxito sus objetivos y finalidades generales, es decir sus planes de vida”.<sup>52</sup>

A esta otra dimensión “se le otorga un número de interpretaciones que pueden ser más o menos amplias según lo que abarquen los factores evaluativos que se consideren incluidos en ella”.<sup>53</sup> Al respecto es necesario mencionar que “los juicios sobre la calidad de vida que se hacen en la medicina y en el cuidado de la salud también ayudan en algo a completar el contenido de una teoría de una buena vida”.<sup>54</sup>

Pasando a las decisiones en el cuidado de la salud, la calidad de vida en este ámbito “se refiere a los fines de la medicina y la determinación de la toma de decisiones en los tratamientos médicos adecuados para estos fines”<sup>55</sup> lo que es preponderante al momento de reconocer derechos a determinadas personas como serían los enfermos terminales, quienes hacen su valoración sobre la calidad de vida, lo que permitiría determinar si es que gozan del derecho fundamental a la vida digna.

El problema de la calidad de vida en la salud, evoluciona día con día ya que los avances tecnológicos ofrecen una variedad de tratamientos que le permiten extender la vida de los pacientes en circunstancias “en las que el beneficio del paciente es cada vez más problemático [...] esto ha llevado a que los pacientes busquen diversos medios para obtener el control de las decisiones sobre sus tratamientos”.<sup>56</sup> La medicina y el Derecho tienen que ayudar a las personas a cumplir sus planes de vida, la primera desarrollando su praxis y la segunda con el reconocimiento de derechos.

---

<sup>50</sup> Dan Brock, “Medidas de la calidad de vida” en, *La calidad de vida* (México: Editorial DR., 1993), 146.

<sup>51</sup> *Ibíd.*

<sup>52</sup> *Ibíd.*

<sup>53</sup> *Ibíd.*

<sup>54</sup> *Ibíd.*, 138.

<sup>55</sup> *Ibíd.*, 142.

<sup>56</sup> *Ibíd.*, 143.

Las decisiones de los pacientes deben estar basadas en la valoración que resulte de confrontar los beneficios y la cargas que reporte un tratamiento en relación con la vida del paciente. Estas decisiones implican un juicio de la calidad de vida, que mide el grado de afectación que desembocará en un resultado positivo o negativo, en el caso de que el resultado sea negativo, es obligación que el Estado dote de una salida.

Esto permite entender la interdependencia entre el derecho fundamental a la vida digna y la calidad de vida ya que ambos miden con base en diversos factores el grado de aceptación que una persona tiene de su realidad, sin embargo, en el caso que este resultado sea negativo es obligación del Estado con base en estos criterios, regular los contextos sociales a través de leyes.

Para explicar esta relación entre vida digna y calidad de vida sirve el caso de una persona que padece una enfermedad terminal, la que con base en el criterio de calidad de vida que mide el factor médico y del cuidado de la salud y luego de su valoración propia considera que no goza de esa condición en su existencia, sobre lo que se articula el derecho a la vida digna para considerar que el Estado no ha protegido a esta persona y consecuentemente ha vulnerado su derecho, entrando en funcionamiento estos dos conceptos para dotarle a quien considera que su existencia es una carga insoportable, de un derecho que se conoce como la muerte digna.

## **2.2 La vida digna y la dignidad en la Constitución y la ley**

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 66 desarrolla los derechos de libertad, en el numeral dos reconoce y garantiza “el derecho a la vida digna “que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”.<sup>57</sup>

Otra disposición referente a la vida digna se encuentra en el artículo 37 en la que el Estado asegura a las personas adultas mayores, una serie de condiciones, entre las que se encuentra el numeral 7 que garantiza “El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento”.<sup>58</sup>

Como se ve, la norma suprema ecuatoriana tiene una orientación mayor a condiciones sociales como alimentación, agua, vivienda, etc., por lo que el sentido de la

---

<sup>57</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008, art.66 núm. 2.

<sup>58</sup> *Ibíd.*, art. 37 núm.7.

vida digna para la norma suprema se apega más a la consecución de los derechos económicos sociales y culturales. De todo el conjunto de categorías se podría asemejar a la *salud* como la base para este tema de estudio, pero se cree que resulta incompleta porque se obvian cuestiones referentes a la existencia misma del ser humano que serían el complemento de la salud.

La normativa infraconstitucional ecuatoriana también hace referencia a la vida digna, lo que permite entender que este concepto se encuentra establecido de forma transversal en diversas ramas del ordenamiento jurídico. El Código de la Niñez y Adolescencia en su artículo 26 garantiza que:

los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de todos los servicios básicos.<sup>59</sup>

El artículo 94 *ibídem* que desarrolla las medidas de protección y las sanciones relacionadas con el trabajo, en el numeral tres, inciso segundo menciona que se adoptarán las providencias “necesarias para que en la aplicación de estas medidas no se afecte los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes; más allá de las restricciones inherentes a cada una de ellas; y para asegurar el sustento diario del niño, niña o adolescente, de una manera compatible con su derecho a una vida digna”<sup>60</sup>. El artículo innumerado 2 del mismo cuerpo legal al tratar el derecho de alimentos expresa que está relacionado con “el derecho a la vida, la supervivencia y una vida digna”.<sup>61</sup>

Por su parte, el artículo 10 de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres describe los tipos de violencia. En el literal d) hace referencia a la violencia económica y patrimonial y en el numeral 3 reconoce entre otras conductas a “la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o la privación de los medios indispensables para vivir una vida digna (...)”.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> Ecuador, *Código de la Niñez y Adolescencia*, Registro Oficial 737, Suplemento, 03 de enero de 2003, art.26.

<sup>60</sup> *Ibíd.*, art. 94.

<sup>61</sup> *Ibíd.*, art.in.2.

<sup>62</sup> Ecuador, *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres*, Registro Oficial 175, Suplemento, 05 de febrero de 2018, art.10.

El artículo 55 *ibídem* en lo referente al otorgamiento de medidas administrativas de protección inmediata que tengan por objeto detener la vulneración del derecho de las mujeres señala que “las medidas administrativas inmediatas de protección serán otorgadas seguidamente por las Juntas Cantonales de Protección de Derechos y las Tenencias Políticas cuando esté siendo vulnerado o se ha vulnerado el derecho a la integridad personal y la vida digna de la mujer”<sup>63</sup>.

El artículo 56 reconoce que “una vez que la Junta Cantonal de Protección de Derechos, conozca sobre la solicitud de otorgamiento de medidas administrativas de protección inmediata, verificará por la sola descripción de los hechos, el riesgo de ser vulnerado el derecho a la integridad personal y a la vida digna de las mujeres y las otorgará o denegará inmediatamente”<sup>64</sup>.

La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores en su artículo 3 en lo referente a las finalidades de la ley, en su literal g) impone el “garantizar a las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento”<sup>65</sup>. El artículo 16 señala:

Para asegurar el derecho a una vida digna a todas las personas adultas mayores se les asegurará el cuidado y protección de sus familiares, para lo cual, en caso de no existir consenso entre los obligados, el juez de familia, mujer, niñez y adolescencia, dispondrá su custodia y regulará las visitas. En todos los casos se respetará la opinión de la persona adulta mayor, cuando esté en capacidad de emitirla<sup>66</sup>.

El Acuerdo número 000-40-2019 que regula la Atención Integral a Víctimas de Violencia Basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos, en su presentación hace una importante descripción, mencionando que “la Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud a través del ejercicio de otros derechos interdependientes, con la finalidad de garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”<sup>67</sup>.

---

<sup>63</sup>Ecuador, *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres*, Registro Oficial 175, Suplemento, 05 de febrero de 2018, art.55.

<sup>64</sup> *Ibíd.*, art. 56.

<sup>65</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores*, Registro Oficial 484, Suplemento, 09 de mayo de 2019, art.3.

<sup>66</sup> *Ibíd.*, art.16.

<sup>67</sup> Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Acuerdo N° 00040-2019, Registro Oficial 82, Edición Especial, 25 de septiembre de 2019, 1.

El Protocolo de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes en Contextos de Movilidad Humana y sus Anexos menciona que “las medidas de apoyo a los padres ordenadas en la Convención de los Derechos del Niño están orientadas a dar efectividad al derecho a una vida digna y al adecuado desarrollo del niño (...)”<sup>68</sup>.

El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, hace un amplio tratamiento de la vida digna. El objetivo 1 busca “garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”.<sup>69</sup> Dentro de este se señala que el Estado es el responsable de otorgar las condiciones para alcanzar los objetivos en la vida, por lo tanto, se debe garantizar la vida digna independientemente de clases sociales.<sup>70</sup>

Dentro del ámbito de la salud (que es el que preocupa a esta investigación) el plan bajo el paradigma de la vida digna señala “por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo (...) esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental.”<sup>71</sup>

Se señala también que “el derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable”.<sup>72</sup> El plan busca “lograr una vida digna para todas las personas, en especial para aquellas en situación de vulnerabilidad, incluye la promoción de un desarrollo inclusivo que *empodere* a las personas durante todo su ciclo de vida”.<sup>73</sup>

Como se observa, la Constitución y la ley hacen un ingente desarrollo del derecho fundamental a la vida digna, lastimosamente se cree que este se entiende más como un concepto filosófico o abstracto que como una verdadera obligación del Estado para con las personas. Por otro lado, se reconoce también en esta normativa a la dignidad, la que se constituye en un concepto amplio y complejo, debe ser entendida como un valor supremo y fuente de derechos, junto a este término debe considerarse la vida y por supuesto la forma en que se desarrolla y finaliza. Por lo que de igual forma se explicará el desarrollo que la norma suprema y la infra constitucional han hecho de la dignidad.

---

<sup>68</sup> Ecuador, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Acuerdo N° 095, Registro Oficial 944, Edición Especial, 03 de junio de 2019, 38.

<sup>69</sup> Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida, Resolución N° CNP-003-2017, 22 de septiembre de 2017,9.

<sup>70</sup> *Ibíd.*,54.

<sup>71</sup> *Ibíd.*

<sup>72</sup> *Ibíd.*

<sup>73</sup> *Ibíd.*,55.

Desde el mismo preámbulo de la Constitución se reconoce la dignidad como un valor y se la traslada a las personas. Sobre la base de esta norma se puede señalar que la protección a los seres humanos debe ser integral, no únicamente con condiciones sociales, sino también con las que se desagregan de la vida misma y permiten que sea más llevadera ya que como se ha mencionado, si no hay dignidad en la vida, se está violentando también el derecho a la vida.

A más de la dignidad establecida en el preámbulo, existen otros artículos de la Constitución que se refieren de manera expresa a este concepto. El artículo 33 obliga al Estado a garantizar el respeto a la dignidad de los trabajadores. El 45 hace referencia a una garantía específica para las niñas, niños y adolescentes de respeto a su dignidad, el artículo 57 numeral 21 dentro de los derechos colectivos, reconoce la dignidad de las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades.

El artículo 158 *ibídem* determina que las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, respetarán la dignidad en su accionar. Por su parte el artículo 329 garantiza a los jóvenes en los procesos de contratación laboral el derecho a que no se usen procedimientos que atenten a su dignidad. El artículo 408 que se refiere a los recursos naturales, garantiza que los mecanismos de producción, consumo y uso deben permitir la vida con dignidad.

Como se observa, existe un amplio reconocimiento de la dignidad dirigida hacia niños, jóvenes, adultos mayores, Policía Nacional y Fuerzas Armadas, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades. Esto permite entender que vida y dignidad son términos interrelacionados e interdependientes, pero en contraste a esto, la jurisprudencia o la actuación estatal no han hecho mucho por efectivizarlos.

Se ha dejado de lado dos artículos de la Constitución que también hacen referencia a la dignidad, porque cree que son fundamentales como argumento para el establecimiento de la dignidad en el proceso de muerte, ya que el primero permitiría su existencia y el segundo su reconocimiento.

El artículo 11 que hace referencia a los principios de aplicación de los derechos, en su numeral 7 menciona “El reconocimiento de los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, no excluirá los demás derechos derivados de la dignidad de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, que sean necesarios para su pleno desenvolvimiento”.<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.11. núm. 7.

Se considera que esta estructura basada en la dignidad, es fundamental para que con la legislación actual se reconozca el derecho de las personas a decidir sobre el fin de su vida cuando por condiciones de salud deterioradas no puedan elegir terminar con su vida con dignidad.

El artículo 84 obliga a la Asamblea y a los órganos con potestad jurisdiccional el adecuar las leyes a los derechos establecidos en la Constitución, tratados internacionales y los que sean necesarios para garantizar la dignidad del ser humano.<sup>75</sup> En consecuencia, es una verdadera obligación para la Asamblea Nacional en este caso regular la dignidad en el proceso de muerte que tiene relación directa con la dignidad en la vida de una persona.

Este término también ha recibido tratamiento a nivel infraconstitucional. La Ley Orgánica de Educación Intercultural en su artículo 2 enuncia los principios, en el literal k) hace referencia al enfoque de derechos y señala que la educación debe desarrollarse en un marco de dignidad.<sup>76</sup> El artículo 3 *ibídem* sobre los fines de la educación expresa en su literal i) que se debe promocionar la igualdad entre hombres y mujeres para la búsqueda de relaciones sociales, respetando la dignidad de las personas.<sup>77</sup>

El artículo 7 literal c) *ibídem* reconoce como un derecho de los estudiantes el ser tratados con dignidad,<sup>78</sup> el literal i) garantiza la protección contra la violencia en las instituciones y el derecho a denunciar la violación a través de cualquier acción u omisión que atente contra su dignidad.<sup>79</sup> Se menciona también que los estudiantes tienen también la obligación de tratar con dignidad a los miembros de la comunidad educativa.

El artículo 132 literal h) del mismo cuerpo prohíbe a representantes legales, directivos, profesores y padres la utilización de medios que puedan “convertirse en acciones atentatorias contra la dignidad de las niñas, niños y adolescentes”<sup>80</sup> y el literal n) el “incentivar, promover o provocar por cualquier vía dentro de los establecimientos educativos, acciones que atenten contra la dignidad de la persona”.<sup>81</sup> Por último, el

---

<sup>75</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.84.

<sup>76</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Educación Intercultural*, Registro Oficial 417, Suplemento, 31 de marzo de 2011, art.2.

<sup>77</sup> *Ibíd.*, art.12.

<sup>78</sup> *Ibíd.*, art.15.

<sup>79</sup> *Ibíd.*, art.16.

<sup>80</sup> *Ibíd.*, art.58.

<sup>81</sup> *Ibíd.*

artículo 136 establece como una garantía en los procesos disciplinarios el respeto a la dignidad de las personas”.<sup>82</sup>

La Ley Orgánica de Recursos Hídricos, Usos y Aprovechamiento del Agua en su artículo 57 menciona que el derecho al agua se constituye en un derecho humano a disponer de agua, se expresa además que está relacionado con el saneamiento ambiental que debe asegurar la dignidad de la persona.<sup>83</sup>

El Código Orgánico Integral Penal en su artículo 4 garantiza que los privados de la libertad mantienen sus derechos humanos, debiendo ser tratados con respeto a su dignidad.<sup>84</sup> El artículo 11 numeral 12 reconoce a la víctima el “ser tratada en condiciones de igualdad y cuando amerite, aplicar medidas de acción afirmativa que garanticen una investigación, proceso y reparación, en relación con su dignidad humana”.<sup>85</sup> El artículo 78 establece en su numeral 4 dentro de las medidas de reparación a las de satisfacción simbólica que implican entre otras cosas “la declaración judicial de reparar la dignidad”<sup>86</sup>

El artículo 463 numeral 1 menciona que no se pueden realizar pruebas biológicas si es que existe la posibilidad de atentar en contra de la dignidad de la persona y el numeral 2 expresa que en el supuesto que el examen se realice a víctimas de delitos en contra de la integridad sexual o en niños o adolescentes, se debe a través de medidas precautelar su dignidad.<sup>87</sup> El artículo 715 señala que las visitas de los privados de la libertad se producirán en un ambiente que esté conforme la dignidad humana.<sup>88</sup> Por último el artículo 415 determina como una obligación de los adolescentes infractores el respetar la dignidad de todas las personas en los centros.<sup>89</sup>

El Código de la Niñez y Adolescencia reconoce en su artículo 1 como una finalidad la protección de los niños niñas y adolescentes en un marco de dignidad<sup>90</sup>. El artículo 30 determina como una obligación de los establecimientos de salud el tratar al

---

<sup>82</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Educación Intercultural*, Registro Oficial 417, Suplemento, 31 de marzo de 2011, art.61.

<sup>83</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Recursos Hídricos, Usos y Aprovechamiento del Agua*, Registro Oficial 305, Suplemento, 06 de agosto de 2014, art.57.

<sup>84</sup> Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, Registro Oficial 6, Suplemento, 10 de febrero de 2014, art.4.

<sup>85</sup> *Ibíd.*, art. 11.

<sup>86</sup> *Ibíd.*, art. 78.

<sup>87</sup> *Ibíd.*, art. 463.

<sup>88</sup> *Ibíd.*, art. 715.

<sup>89</sup> *Ibíd.*, art. 415.

<sup>90</sup> Ecuador, *Código de la Niñez y Adolescencia*, Registro Oficial 737, Suplemento, 03 de enero de 2003, art.1.

niño, niña o adolescente de una forma que sea compatible con la dignidad humana<sup>91</sup>. El artículo 41 numeral 2 prohíbe a los establecimientos educativos imponer sanciones psicológicas que puedan atentar a la dignidad de los niños<sup>92</sup>.

El artículo 51 *ibídem* garantiza el derecho a la libertad personal, a la dignidad, a la reputación, al honor y a la imagen. En su literal b se inserta el derecho a su dignidad específicamente.<sup>93</sup> Se reconoce también en el artículo 52, prohibiciones que se relacionan con el derecho a la dignidad.<sup>94</sup> El artículo 102 establece los deberes específicos de los progenitores, el numeral 3 menciona el inculcar valores que deben ser compatibles con la dignidad de la persona.<sup>95</sup>

El artículo 249 del mismo cuerpo legal establece como una infracción al derecho a la educación cuando un establecimiento permita la realización de prácticas disciplinarias que afecten la dignidad.<sup>96</sup> El artículo 378 en lo referente a las medidas socioeducativas no privativas de la libertad en su numeral 4 reconoce el servicio a la comunidad, y lo define como actividades impuestas por el juez, que se deben realizar sin atentar a la dignidad.<sup>97</sup> Las visitas, conforme el artículo 409 para los niños niñas y adolescentes en conflicto con la ley penal se realizarán en lugares que estén acordes con la dignidad.<sup>98</sup> El artículo 415 reconoce como una obligación de los adolescentes infractores el respetar la dignidad de las personas en los centros.<sup>99</sup>

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en su artículo 9 reconoce como un derecho de las mujeres en su numeral 2 el respeto a su dignidad.<sup>100</sup> Establece como violencia psicológica en el artículo 10 literal b) la acción que tenga por objeto atentar la dignidad personal, menciona también en su inciso 2 que esta incluye el afectar la dignidad<sup>101</sup>.

El artículo 42 reconoce que es una obligación de los medios de comunicación de todo tipo el velar porque la información sobre la violencia en contra de las mujeres sea

---

<sup>91</sup> Ecuador, *Código de la Niñez y Adolescencia*, Registro Oficial 737, Suplemento, 03 de enero de 2003, art.30.

<sup>92</sup> *Ibíd.*, art. 41.

<sup>93</sup> *Ibíd.*, art. 51.

<sup>94</sup> *Ibíd.*, art. 52.

<sup>95</sup> *Ibíd.*, art. 102.

<sup>96</sup> *Ibíd.*, art. 249.

<sup>97</sup> *Ibíd.*, art. 378.

<sup>98</sup> *Ibíd.*, art. 409.

<sup>99</sup> *Ibíd.*, art. 415.

<sup>100</sup> Ecuador, *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*, Registro Oficial 175, Suplemento, 05 de febrero de 2018, art.9.

<sup>101</sup> *Ibíd.*, art. 10.

tratada con respeto a la dignidad de las víctimas.<sup>102</sup> Por último el artículo 45 reconoce que la protección del Sistema Nacional Integral de Prevención y Erradicación de la violencia, involucra el garantizar entre otras cosas la dignidad de las mujeres.<sup>103</sup>

La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores garantiza en su artículo 27 a las personas adultas mayores que no dispongan de los medios para su subsistencia el derecho a una pensión alimenticia otorgada por sus familiares para tener una vida en condiciones de dignidad<sup>104</sup>.

En la Ley Orgánica del Servicio Público se define como acoso laboral los comportamientos que atenten a la dignidad de la persona.<sup>105</sup> Presenta la misma enunciación de acoso laboral el Código de Trabajo bajo su ámbito de competencia.<sup>106</sup> La Ley Orgánica de Salud por su parte reconoce en su artículo 7 literal c) como un derecho de las personas respecto de la salud el “respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad (...)”.<sup>107</sup>

El Código Orgánico de la Función Judicial desarrolla en su artículo 14 el principio de publicidad, prohibiendo en el inciso tercero que los jueces tramiten informaciones sumarias o diligencias previas que puedan atentar la dignidad de las personas, su intimidad u honra.<sup>108</sup> La Ley Orgánica de Movilidad Humana regula en su artículo 24 las atribuciones de las oficinas consulares de Ecuador. En el numeral 2 se menciona que se debe precautelar que los ecuatorianos en el extranjero reciban un trato conforme la dignidad 12 y el numeral 8 garantiza el respeto al derecho a la dignidad de las personas que se encuentren en procesos de deportación.<sup>109</sup>

La Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, Uso y Gestión de Suelo en su artículo 6 enuncia los elementos del derecho a la ciudad. En el literal a) se reconoce como uno de estos “el ejercicio pleno de la ciudadanía que asegure la dignidad y el bienestar

---

<sup>102</sup> Ecuador, *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*, Registro Oficial 175, Suplemento, 05 de febrero de 2018, art.42.

<sup>103</sup> *Ibíd.*, art. 45.

<sup>104</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores*, Registro Oficial 484, Suplemento, 09 de mayo de 2019, art.27.

<sup>105</sup> Ecuador, *Ley Orgánica del Servicio Público*, Registro Oficial 294, Suplemento, 06 de octubre de 2010.

<sup>106</sup> Ecuador, *Código del Trabajo*, Registro Oficial 167, Suplemento, 16 de diciembre de 2005.

<sup>107</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Salud*, Registro Oficial 423, Suplemento, 22 de diciembre de 2006, art.7.

<sup>108</sup> Ecuador, *Código Orgánico de la Función Judicial*, Registro Oficial 544, Suplemento, 03 de marzo de 2009, art.14.

<sup>109</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Movilidad Humana*, Registro Oficial 938, Suplemento, 05 de enero de 2017, art.24.

colectivo (...).<sup>110</sup> La Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización menciona en su artículo 5 numeral a) que el Estado debe respetar la dignidad de las personas involucradas en el fenómeno socio económico de las drogas.<sup>111</sup>

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente enuncia en uno de sus considerandos que “los pacientes tienen derecho a conocer en los servicios de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad”.<sup>112</sup> El artículo 2 garantiza el derecho a una atención digna señalando que “todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que tiene todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.

El artículo 147 de la Ley del Deporte, Educación Física y Recreación prohíbe la colocación de publicidad en instalaciones deportivas o en indumentarias que atente contra la dignidad de las personas.<sup>113</sup> El Código Orgánico Administrativo en su artículo 241 señala que “el acto administrativo que imponga una obligación de no hacer o de soportar, puede ser ejecutado por compulsión directa en los casos que la ley lo autorice, con el debido respeto a la dignidad de la persona ejecutada (...).<sup>114</sup>

El Código Orgánico de las Entidades de Seguridad Ciudadana y Orden Público menciona en su artículo 53 que se “prohíbe a los servidores de las entidades sujetas a las disposiciones previstas en este código, realizar (...) castigos corporales, injurias, trabajo humillante o cualquier otra forma que atente contra la integridad y dignidad (...).<sup>115</sup> El artículo 200 expresa que es una obligación de los servidores del Servicio de Protección Pública en su numeral 13 el “atender con diligencia el servicio o sistemas de seguridad

---

<sup>110</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, Uso y Gestión del Suelo*, Registro Oficial 790, Suplemento, 28 de junio de 2016, art.6.

<sup>111</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización*, Registro Oficial 615, Suplemento, 26 de octubre de 2015, art.5.

<sup>112</sup> Ecuador, *Ley de Derechos y Amparo al Paciente*, Registro Oficial 626, Suplemento, 03 de febrero de 1995, 2.

<sup>113</sup> Ecuador, *Ley del Deporte, Educación Física y Recreación*, Registro Oficial 255, Suplemento, 11 de agosto de 2010, art.147.

<sup>114</sup> Ecuador, *Código Orgánico Administrativo*, Registro Oficial 31, Suplemento, 7 de julio de 2017, art.241.

<sup>115</sup> Ecuador, *Código Orgánico de las Entidades de Seguridad Ciudadana*, Registro Oficial 19, Suplemento, 21 de junio de 2017, art.53.

encomendados y tratar con respeto y dignidad a las personas con las que se interactúe durante los mismos”.<sup>116</sup>

La Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo enuncia en su artículo 5 que para garantizar la igualdad material en la promoción y protección de los derechos humanos se verificarán varios enfoques. El literal a) hace referencia al enfoque de los derechos humanos que “asume a las personas y colectivos como sujetos de derechos con dignidad, identifica las relaciones de poder que condicionan y limitan el ejercicio de los derechos humanos (...)”.<sup>117</sup>

La Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles en su artículo 36 numeral 2 señala que no se pueden asignar nombres que “denigren la dignidad humana”.<sup>118</sup> Por último, la Ley Orgánica de Participación Ciudadana garantiza en su artículo 82 el derecho de consulta ambiental las comunidades.<sup>119</sup> El artículo 83 señala que en el caso que el resultado de estos procesos de consulta sea de oposición mayoritaria, la decisión debe ser tomada por la instancia administrativa superior, la que de decidir la ejecución debe minimizar los impactos, establecer métodos de mitigación, compensación y reparación, así como la integración laboral de la comunidad en condiciones que garanticen la dignidad.<sup>120</sup>

Este amplio desarrollo de la vida digna y la dignidad permiten dimensionar el alcance que el constituyente y el legislador le han querido dar a estos conceptos, que a pesar de ser complejos han sido desarrollados en diversas ramas protegiendo a las personas en diferentes cuestiones.

Es importante recalcar que se constituye en una obligación del Estado el respeto y la promoción de la dignidad y la vida digna en todos estos ámbitos, así como generar mecanismos para su efectivización, ya que de no existir estos una garantía amplia para su ejercicio, quedaría en un mero enunciado que no es tomado en cuenta al momento de decidir. Sería interesante también que la Corte Constitucional del Ecuador desarrolle estos criterios para entender su objeto y alcance.

---

<sup>116</sup> Ecuador, *Código Orgánico de las Entidades de Seguridad Ciudadana*, Registro Oficial 19, Suplemento, 21 de junio de 2017, art.200.

<sup>117</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo*, Registro Oficial 481, Suplemento, 6 de mayo de 2019, art.5.

<sup>118</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles*, Registro Oficial 684, Suplemento, 04 de febrero de 2016, art.36.

<sup>119</sup> Ecuador, *Ley Orgánica de Participación Ciudadana*, Registro Oficial 175, Suplemento, 20 de abril de 2010, art.82.

<sup>120</sup> *Ibíd.*, art. 83.

## **2.3 Otros aspectos que permiten entender la vida digna de forma amplia**

Existe un conjunto de conceptos que se constituyen en la base para entender que la persona goza de la facultad para tomar decisiones sobre su vida, los que tienen que ser respetados por el Estado y la sociedad independientemente de su contenido, siempre que no atenten sobre los derechos de los demás.

Estos son la libertad, el proyecto de vida, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía, los que en su conjunto forman la base constitucional para el reconocimiento del derecho a morir con dignidad (que será presentado en el tercer capítulo).

### **2.3.1 La libertad y el proyecto de vida**

Para entender la libertad bajo el tema de estudio es necesario citar a John Stuart Mill, quien en su escrito “On liberty” señala:

The sole end for which mankind are warranted, individually or collectively, in interfering with the liberty of action of any of their number, is self-protection. That the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant. He cannot rightfully be compelled to do or forbear because it will be better for him to do so, because it will make him happier, because, in the opinions of others, to do so would be wise, or even right. These are good reasons for remonstrating with him, or reasoning with him, or persuading him, or entreating him, but not for compelling him, or visiting him with any evil in case he do otherwise.<sup>121</sup>

La libertad es entonces una garantía en la existencia de la persona, la única forma para limitar esta facultad es la protección de otros, por lo tanto, no se puede intervenir en la esfera personal del individuo en contra de su propia voluntad si es que no hay daño sobre un tercero, independientemente si esta intervención es buena o mala para el individuo.

Se reconoce de esta forma el rol que juega el Estado y el individuo. El primero (Estado) debe abstenerse de actuar si no existe peligro de daño a un tercero, y el segundo (individuo) puede conducirse conforme sus propias consideraciones y valores en su garantía de la libertad de acción y elección, siempre que no atente otros derechos. Tampoco precautelar su bienestar de una forma paternalista por el Estado o la sociedad es motivo para intervenir limitando su libertad.

---

<sup>121</sup> John Stuart Mill, *On liberty* (Ontario: Batoche Books, 2001), 13.

Por lo tanto, se debe permitir a la persona actuar conforme sus aspiraciones (dentro de los límites legales), caso contrario se constriñe o limita. Es importante la libertad dentro del Estado constitucional, ya que junto con la dignidad y la igualdad construyen una de las bases del derecho constitucional.<sup>122</sup> Sosa sostiene que el verdadero problema radica en la forma en la que se definen las relaciones entre la libertad y la autoridad, entre el individuo y el Estado, independientemente de derechos fundamentales. Siendo más un asunto filosófico político antes que jurídico, por lo que debe resolverse conforme el ordenamiento constitucional.<sup>123</sup>

Por lo tanto, una Constitución que protege la libertad humana frente a otra norma irrazonable, reconoce que en ese marco normativo la persona goza del derecho <sup>124</sup> a “hacer y omitir lo que se quiera”<sup>125</sup> dentro de los límites legales (constitucionales),<sup>126</sup> que serían los derechos de los demás. Siendo indispensable estudiar la libertad general de actuar, así como la de elección.

*La libertad general de actuar* implica la capacidad de decisión sin ningún tipo de interferencia, por lo que “el individuo tendrá libertad de acción, o lo que es lo mismo, no tendrá ningún impedimento para ejercer ese derecho desde un punto de vista jurídico, [...] se presenta así canalizado en su aplicación por la necesidad de respetar las exigencias que impone el reconocimiento a los demás de la titularidad de ese mismo derecho [...]”.<sup>127</sup>

En un Estado como el ecuatoriano que la garantiza constitucionalmente, se debe gozar de la libertad de acción, así como de una prohibición expresa de interferencia en los límites internos de la esfera individual. La sentencia T-222/92 de Colombia la desarrolla, considerándola como la facultad:

De hacer o no hacer lo que se considere conveniente. [...]se inscribe en el amplio ámbito de la libertad y en todas aquellas manifestaciones en que el ser humano se proponga autónomamente realizar las más diversas metas. [...]hace que la protección que le depara el ordenamiento cobije las relaciones del hombre en el campo social, político, económico y afectivo, entre otras. En virtud de este derecho el Estado no puede interferir el desarrollo

---

<sup>122</sup> Juan Sosa Sacio, “Derechos constitucionales no enumerados y el derecho al libre desarrollo de la personalidad”, en *Derechos constitucionales no escritos, reconocidos por el Tribunal Constitucional*, coord. Luis Sáenz Dávalos (Lima: Gaceta Jurídica, 2009), 134.

<sup>123</sup> *Ibíd.*, 136.

<sup>124</sup> *Ibíd.*

<sup>125</sup> Robert Alexy, *Teoría de los derechos fundamentales*, trad. Carlos Bernal Pulido (Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales, 2014), 301.

<sup>126</sup> Sosa Sacio, “Derechos constitucionales no enumerados y el derecho al libre desarrollo de la personalidad”, 137.

<sup>127</sup> Eliana Santana Ramos, “Las claves interpretativas del libre desarrollo de la personalidad”, *CEFD Cuadernos Electrónicos del Filosofía del Derecho*, n. 29(2014): 99-113. <https://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/view/3245>.

autónomo del individuo, sino que, por el contrario, debe procurar las condiciones más aptas para su realización como persona.<sup>128</sup>

Se reconoce la facultad de la persona de conducirse conforme sus convicciones, lo que se expresa a través del direccionamiento de su voluntad hacia lo considerado como adecuado (conforme su valoración), es decir lo que su elección y autonomía entienden como mejor, apartando de esta facultad a las intromisiones de la sociedad o el Estado.

La Corte Constitucional del Ecuador en la Sentencia 022-11-SEP-CC enuncia la “libertad de acción de la administración pública”<sup>129</sup> y en la 025-12-SEP-CC menciona los términos “libertad de obrar”<sup>130</sup> y “libertad de acción”<sup>131</sup> sin exponer criterios ni desarrollar la libertad de acción.<sup>132</sup>

La *libertad de elección* estriba en la posibilidad de decisión de la persona sobre el plan de vida. En la sentencia N° T-1086/01 la Corte Constitucional de Colombia la concibe como “la libre elección consciente y responsable que cada persona hace de una determinada opción de vida, y colectivamente, en la carga que tienen todos los miembros de la sociedad de respetar el querer de su asociado”.<sup>133</sup>

La Corte Constitucional de Ecuador se ha referido a la libertad de elección en diversas ocasiones (sin desarrollarla a profundidad). En el Dictamen N° 001-DCP-CC-2011 en el “proyecto de enmienda de la Constitución de la República y de Consulta Popular”<sup>134</sup> señala la corte que la consulta implica el respeto al derecho a la libertad de elección del elector.<sup>135</sup> La sentencia N° 008-17-SNC-CC por su parte reconoce la libertad de elección en cuanto a nombres y apellidos de mediar su voluntad de cambiarlos.<sup>136</sup>

<sup>128</sup> Corte Constitucional de Colombia, “Sentencia 17 de junio de 1992”, T-222/92, Derecho a la intimidad personal y familiar, 17 de junio de 1992, pág. 1. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-222-92.htm>.

<sup>129</sup> Ecuador Corte Constitucional, “Sentencia”, en *Caso N°: 0551-09-EP*, 01 de septiembre de 2011, 13.

<sup>130</sup> Ecuador Corte Constitucional, “Sentencia”, en *Caso N° 0780-09-EP*, 08 de marzo de 2012, 6.

<sup>131</sup> *Ibíd.*, 5.

<sup>132</sup> La búsqueda se realizó el 29 de octubre de 2019 en la página web de la Corte Constitucional del Ecuador, en la sección buscador de sentencias/dictámenes, ingresando en búsqueda general en primera instancia la frase libertad de acción, encontrándose 5 coincidencias: 017-18-SEP-CC, 022-11-SEP-CC, 025-12-SEP-CC, 233-17-SEP-CC y 247-15-SEP-CC que no desarrollan el concepto. Dos de ellas solo lo enumeran, la 022-11-SEP-CC y la 025-12-SEP-CC. Siguiendo el mismo proceso, se busca el parámetro libertad general de actuar siguiendo el mismo procedimiento se encontraron 0 resultados.

<sup>133</sup> Corte Constitucional de Colombia, “Sentencia 12 de octubre de 2001”, T-1086-01, Libre desarrollo de la personalidad, 12 de octubre de 2001, pág.2. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-1086-01.htm>.

<sup>134</sup> Ecuador Corte Constitucional, “Dictamen”, en *Caso N° 001-DCP-CC-2011*, 15 de febrero de 2011, 20.

<sup>135</sup> *Ibíd.*

<sup>136</sup> Ecuador Corte Constitucional, “Sentencia”, en *Caso N°:0175-13-CN*, 13 de diciembre de 2017.

Es interesante el reconocimiento de la libertad de elección en la vida reproductiva en la Sentencia N° 057-17-SEP-CC, en la que se considera que los padres no pueden ser discriminados por tener hijos fuera del matrimonio por el reconocimiento de su derecho a la libertad de elección.<sup>137</sup> Criterio que fue ratificado en la Sentencia N° 340-17-SEP-CC.<sup>138</sup> De la comparación de las cortes (colombiana y ecuatoriana), se puede señalar que la primera ha desarrollado de forma más profunda la libertad de acción y de elección.

Esta libertad otorga la atribución a una persona para que tome decisiones sobre su vida, por lo tanto, si está bajo una enfermedad terminal y considera que su vida ya no goza de dignidad ni de calidad, el Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a tomar decisiones libres sin ningún tipo de intervención, sean del tipo que fueren. Lo que persigue entonces es el respeto a la esfera individual de agentes externos, la concreción de los juicios de calidad de vida y el respeto al derecho fundamental a la vida digna.

La libertad se articula obligatoriamente con lo que se conoce como el proyecto de vida, ya que la primera (libertad) le da facultad para poder tomar determinaciones sobre el segundo (proyecto de vida). Una diferencia sustancial que distingue al ser humano de otros, radica en la elaboración, perfeccionamiento y revisión constante de su proyecto de vida, sobre esta idea la persona visualiza su futuro. Según Ovidio D'Ángelo este concepto se refiere a cómo se proyectan las direcciones y acción del sujeto en su determinación, dentro de la relación existente entre la sociedad y el ser humano, es entonces una estructura que exterioriza la persona sobre el dominio de su futuro en espacios esenciales y críticos que obligan la toma de decisiones vitales.<sup>139</sup>

Se considera que en este proyecto confluyen funciones y contenidos de la personalidad en determinadas partes de situaciones vitales del ser humano, entre las que se tienen: “los valores morales, estéticos, sociales, la programación de tareas, metas, planes, acción social, estilos y mecanismos de acción que implican formas de autoexpresión: integración personal, autodirección y autodesarrollo”,<sup>140</sup> dentro de la que se puede encuadrar una enfermedad terminal que puede alterar esta planificación.

<sup>137</sup> Ecuador Corte Constitucional, “Sentencia”, en *Caso N° 1557-12-EP*, 08 de marzo de 2017.

<sup>138</sup> Ecuador Corte Constitucional, “Sentencia”, en *Caso N° 0395-15-EP*, 11 de octubre de 2017.

<sup>139</sup> Ovidio D'Ángelo Hernández, “Proyecto de vida y desarrollo integral humano”, *Creemos*, n 1 y 2 (2002): 1-31. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf>

<sup>140</sup> Ovidio, D'Ángelo Hernández, “Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social”, *CIPS, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, Cuba*, 2004, <https://core.ac.uk/download/pdf/35230384.pdf>.

Este conjunto de características, se despliegan dentro de cada persona para formar el proyecto de vida. Dependen de la valoración individual tanto su determinación cuanto su orientación, siendo diferente en cada persona. Para que este se desarrolle convergen aspectos “físicos, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales del individuo en la perspectiva de la configuración del campo de las situaciones vitales bajo el prisma crítico reflexivo creativo de su acción en las diferentes esferas de la vida social”.<sup>141</sup>

Conforme explica Medán, este proyecto recoge un elemento de temporalidad y uno de racionalidad. El primero implica una organización del curso vital, mientras que el segundo se refiere a las decisiones que su titular adopta para establecerlo,<sup>142</sup> entrando estos elementos en funcionamiento conjuntamente con las características para determinarlo.

Las personas desarrollan un plan de vida, el que se basa en la duración normal de su existencia, sin embargo, se puede presentar el caso de personas cuya vida es de alta calidad, pero esta condición (dignidad, calidad) finaliza antes de la duración normal de la vida, ya sea por situaciones de enfermedad, padecimientos u otras circunstancias. Producto de esto la persona pierde sus experiencias, su satisfacción, en suma, la oportunidad de completar este proyecto,<sup>143</sup> por lo que este plan puede ser revisado e incluso sufrir cambios.

Si se está frente a un caso en el que una persona desarrolla un proyecto de vida, pero este se ve limitado por una enfermedad terminal, luego de una valoración sobre su calidad y dignidad, el enfermo llega a la conclusión de que su existencia ya no goza de esas características, por lo que toma una determinación al respecto.

En una sociedad en la que se respeta la libertad, la persona puede elegir modificar este proyecto de vida inicial a su antojo, a pesar de que ese cambio implique cuestiones como finalizar su existencia, siendo obligación del Estado y la sociedad, el respeto absoluto a esa decisión.

Circunstancias como esta, han llevado a emplear esfuerzos para formular normas que garanticen la libertad de acción y de elección que, en los casos en los que la calidad de vida de un paciente es tan mala, permitiendo a su titular a tomar acciones sobre su

---

<sup>141</sup> Ovidio, D Ángel Hernández, “Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social”.

<sup>142</sup> Marina Medán, “¿Proyecto de vida? Tensiones en un programa de prevención del delito juvenil”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 10, n.1(2012): <https://www.redalyc.org/pdf/773/77323982003.pdf>.

<sup>143</sup> Brock, “Medidas de la calidad de vida” en, *La calidad de vida*, 136.

padecimiento que, de no ser respetadas por el Estado, llevarían a vulnerar su derecho a la vida digna.

Por lo tanto, una vez que la calidad de vida y el derecho fundamental a la vida digna permiten que los sujetos hagan valoraciones sobre su condición, surge la libertad para facultarles a tomar decisiones al respecto, lo que se complementa con el proyecto de vida ya que con base en los tres conceptos anteriores el enfermo puede revisar su planificación y decidir al respecto, siendo innegable la relación existente entre vida digna, calidad de vida, libertad y proyecto de vida.

### **2.3.2 La prohibición de tratos inhumanos o degradantes**

Hay una postura jurídica que considera a la prolongación artificial de la vida realizada en contra de la voluntad del paciente como un trato inhumano y degradante, violando de esta forma la prohibición reconocida a nivel nacional e internacional. El Ecuador regula en 4 artículos de la Constitución dicha prohibición y da lineamientos sobre la misma (artículos 48, 66 numeral 3, literal c, 89 y 215).

Miguel Bajo Fernández considera que la prolongación artificial de la vida (en la medicina) se refiere a los casos en los que “la intervención de un tercero con medidas técnicas o científicas, impide la muerte de una persona prevista en un plazo más o menos próximo”,<sup>144</sup> lo que sucede en la actualidad producto de los avances científicos.

Complementa lo anterior señalando “cuando se obra contra la voluntad del paciente siempre se responde del resultado a título de dolo, porque no respetando la voluntad ajena se asume o consiente (dolo eventual) el resultado (lesión de la libertad genérica, libertad religiosa, libertad ideológica o incluso, la integridad física)”,<sup>145</sup> no se violenta únicamente la prohibición, sino otras libertades o incluso la integridad.

La Constitución, en su artículo 66 inciso tercero reconoce el derecho a la integridad personal, el que incluye en su literal c “la prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanos o degradantes”.<sup>146</sup> Siendo necesario analizar tres términos que surgen de la disposición.

El primero hace referencia a una *prohibición*, es decir el impedimento expreso para que se lleve a cabo algo, que en este caso se refiere a las conductas descritas en el

---

<sup>144</sup> Miguel Bajo Fernández, “Prolongación artificial de la vida y trato inhumano o degradante”, en *Cuadernos de política criminal* (Madrid, ESP, número 51, 1993),709.

<sup>145</sup> *Ibíd.*,710-711.

<sup>146</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.66 núm. 3.

artículo. El segundo engloba los *tratos* que implican la manera en la que se lleva una relación con otro, que puede ser de un paciente con el médico y por último la expresión *cruels, inhumanos o degradantes*, que califican la forma en la que se produce la relación que está prohibida.

Trasladando la prohibición a la relación médico-paciente, se puede señalar que se produce cuando el médico en contra de la voluntad del enfermo que tiene graves padecimientos, se niega a suspender técnicas que le alargan la vida de forma artificial y le impiden la muerte.

La norma suprema ecuatoriana no se limita a establecer la prohibición, sino que la amplía en determinados casos como en el artículo 48 numeral 7, al reconocer a las personas con discapacidad una garantía de sancionar cualquier forma de trato inhumano o degradante que sea ejercida en contra de ellos,<sup>147</sup> aplicándose reforzadamente la prohibición para este grupo.

El artículo 215 numeral 4 *ibídem* menciona que una de las atribuciones de la Defensoría del Pueblo es la de “[...] prevenir, e impedir de inmediato la tortura, el trato cruel, inhumano y degradante en todas sus formas”,<sup>148</sup> mientras que el artículo 89 se refiere a las acciones frente a tratos inhumanos o degradantes en un *habeas corpus*.<sup>149</sup>

José Luis Díez Ripollés considera que la prohibición de tratos inhumanos y degradantes es parte del derecho a la vida, por lo que en ningún caso las obligaciones y su cumplimiento deben permitir mantener la vida de una persona en condiciones inhumanas o degradantes.<sup>150</sup>

Se presenta en pacientes que padecen una enfermedad terminal, o minusvalía grave y que se pueden encontrar bajo estos tratos, ya sea por el avance de la medicina con sus técnicas y procedimientos o por el deseo de los médicos de mantener con vida al sujeto que se encuentra bajo su cuidado (a pesar de su deseo de morir).<sup>151</sup>

Para entender lo que comprende esta prohibición (y lo que no), es importante diferenciar entre los términos tortura y trato. Al respecto la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes del

---

<sup>147</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.48.

<sup>148</sup> *Ibíd.*, art.215.

<sup>149</sup> *Ibíd.*, art.89.

<sup>150</sup> José Luis Díez Ripollés, “Eutanasia y derecho”, en *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología San Sebastián*, n.9 (San Sebastián, número 9, 1995), 122.

<sup>151</sup> José Rubén Herrera Ocegueda, “La necesidad de legalizar la eutanasia en México”, *Revista de la Facultad de Derecho de México*, n.242(2004):111-118, doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2004.242.61363>.

10 de diciembre de 1984 sostiene que se entenderá por tortura todo acto por el que se “inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar [...]”.<sup>152</sup>

En concordancia con esta definición, el artículo 16 numeral 1 *ibídem* diferencia entre la tortura y el trato señalando que todo Estado que forme parte de la convención, se compromete a prohibir “otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales [...]”.<sup>153</sup>

Es clara la diferencia, la tortura es considerada de mayor grado que los tratos inhumanos o degradantes, no obstante, la importancia del análisis del artículo 16 estriba en la expresión *otros actos* sobre los que se podría asentar el argumento que lleva consigo la relación médico paciente que con base en este razonamiento puede involucrar tratos inhumanos o degradantes si se irrespeta la voluntad del paciente.

Se sostiene también que la prohibición se establece como una proyección de la dignidad de la persona humana, por lo que al ser un principio de interpretación ha de tomarse en cuenta para decidir sobre cuál de los valores es preponderante. La valoración no puede ser igual en un caso de estado de necesidad propio, que en un llamado de auxilio necesario.<sup>154</sup>

Se determina que “la prolongación artificial de la vida de un enfermo terminal o que padece insoportables dolores y que solicita expresamente la muerte constituye un trato inhumano o degradante”.<sup>155</sup> Por lo tanto, si un paciente con una enfermedad terminal, luego de hacer su juicio de valor, determina que no goza de una existencia digna y pide al médico le suspenda las técnicas y le permita morir, este tiene la obligación de hacerlo, caso contrario, recae no solo en la prohibición, sino coarta su libertad de acción y de elección, violenta su derecho fundamental a la vida digna y limita la revisión de su plan de vida.

---

<sup>152</sup> ONU Asamblea General, *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*, 10 de diciembre de 1984, A/RES/39/46, art.1.

<sup>153</sup> *Ibíd.*, art.16.

<sup>154</sup> Bajo Fernández, “Prolongación artificial de la vida y trato inhumano o degradante”, 721-722.

<sup>155</sup> *Ibíd.*,735.

### 2.3.3 El libre desarrollo de la personalidad y la autonomía del paciente

Estos términos están estrechamente relacionados, debido a que el libre desarrollo de la personalidad busca garantizar como derecho la actuación libre de las personas siempre que no se atente a terceros y se concreta a través de la autonomía, que implica la capacidad de autogobierno o en este caso la toma de decisiones en *el ámbito médico y del cuidado de la salud* por el paciente, independientemente de sus resultados y de las opiniones u objeciones de la sociedad o Estado.

En un Estado constitucional coexisten una serie de valores, los cuales establecen verdaderos límites al poder público. Las leyes no son constitucionales únicamente por haber sido expedidas cumpliendo las formalidades, sino también por estar en consonancia con valores y principios, tampoco deben violar la dignidad, ni restringir la libertad espiritual, política y económica, ya que el ser humano tiene reservada una esfera para desarrollar su vida privada, así como un ámbito inviolable de libertad exento de influencias del poder público.<sup>156</sup>

El libre desarrollo de la personalidad ha generado amplio debate a nivel jurídico, filosófico, religioso y político. Debido a su importancia “puede ser equiparado con la vida humana como valor supremo del ser humano”,<sup>157</sup> se constituye en la noción más importante en un Estado constitucional (junto con la vida),<sup>158</sup> pero sin dejar de lado otros valores como la libertad y la dignidad.

La Constitución ecuatoriana lo ha institucionalizado, constituyéndose en la base de determinados derechos. De forma general garantiza la independencia de la que goza cada persona para ser uno mismo, por lo tanto ni el Estado o sus órganos y menos aún otra persona, pueden intervenir en esa esfera.<sup>159</sup>

Para su entendimiento es necesario desarrollar los conceptos de personalidad e individualidad. En palabras de Anabella Del Moral Ferrer, la personalidad desde lo jurídico es “la condición previa para ser sujeto de derecho”.<sup>160</sup> Esta concepción se tiene que articular con la idea de individualidad, que se entiende como el hecho propio de ser

---

<sup>156</sup> Jurgen Schwade, comp., *Jurisprudencia del Tribunal Constitucional Federal Alemán* (México D.F: Komrad-Adenauer-Stiftung e-V, 2009,58-59.

<sup>157</sup> Miguel Ontiveros Alonso, “El libre desarrollo de la personalidad (Un bien jurídico digno del Estado constitucional), *Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, n.15(2006):147-156. <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/282/28281510/1>.

<sup>158</sup> *Ibíd.*

<sup>159</sup> *Ibíd.*

<sup>160</sup> Anabella del Moral Ferrer, “El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana”, *Cuestiones Jurídicas*, n.2(2012):63-96. <https://www.redalyc.org/pdf/1275/127526266005.pdf>.

persona, lo que la diferencia de las otras. El ser humano es único, diferente del resto, pero de igual forma requiere relacionarse. Por lo tanto, esta individualidad tiene que ser reconocida por el Estado y la sociedad.<sup>161</sup>

Por lo que, si se toma a la persona como protagonista de su vida, debe gozar de la capacidad para decidir sin ningún tipo de interferencias ajenas en las cuestiones que afecten a su esfera de interés, cada ser humano lo puede concretar a lo largo de su existencia.<sup>162</sup>

Refleja la titularidad en un modelo de vida que está por definirse, el que el ser humano se da a sí mismo con base en su libertad, en la que no puede influir ni el Estado ni otra persona.<sup>163</sup> Por lo tanto “desarrollar la personalidad es desarrollar las condiciones de ser humano, las notas que definen precisamente su condición”,<sup>164</sup> valorando completamente su existencia dentro de la sociedad como un actor fundamental.

Juan Manuel Sosa Sacio, lo define como “un derecho fundamental [...] que permite realizar todas aquellas cosas que desee, siempre que no existan prohibiciones con sustento constitucional en contra, además al definir algo tan importante como los límites entre la libertad humana y el poder político, este reconocimiento deberá estar determinado por la Constitución”.<sup>165</sup> La Corte Constitucional de Colombia ha señalado que el libre desarrollo de la personalidad plantea “una triada entre el individuo, el Estado y la sociedad, dentro de la cual se generan derechos y obligaciones recíprocas”.<sup>166</sup>

Tiene por objeto tutelar una “esfera vital del individuo, [...] la construcción de su plan o proyecto vital, [...] ampara como norma abierta diversas posibilidades de comportamientos o conductas que pueden ser dispares a través de las cuales el individuo ejerce tal derecho, asegurando de esta forma un hacer permitido que puede oponer a terceros”,<sup>167</sup> se ubica como un derecho de libertad que garantiza la actuación de la persona sobre las intromisiones, ya sean del Estado o de otras personas.<sup>168</sup>

---

<sup>161</sup> Del Moral Ferrer, “El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana”, 63-69.

<sup>162</sup> Santana Ramos, “Las claves interpretativas del libre desarrollo de la personalidad”, 99-113.

<sup>163</sup> *Ibíd.*

<sup>164</sup> *Ibíd.*

<sup>165</sup> Sosa Sacio, “Derechos constitucionales no enumerados y el derecho al libre desarrollo de la personalidad”, 98.

<sup>166</sup> Del Moral Ferrer, “El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana”, 63-96.

<sup>167</sup> *Ibíd.*

<sup>168</sup> *Ibíd.*

La Constitución en su artículo 66 numeral 5 garantiza “el derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los derechos de los demás”<sup>169</sup>. En primera instancia la norma reconoce esta esfera individual de la persona al garantizar el derecho mismo, luego parte de esta libertad de actuación para dotarle a su titular de la posibilidad de actuar conforme sus decisiones (proyecto de vida) y por último establece el límite sobre lo que no puede intervenir (los derechos de otras personas). la Sentencia N° 133-17-SEP-CC de la Corte Constitucional ecuatoriana ha señalado que el libre desarrollo de la personalidad es:

El derecho que posee todo ser humano de autodeterminarse, diseñar y dirigir su vida según su voluntad, conforme a sus propios propósitos, proyecto de vida, expectativas, intereses, y deseos. Responde a la facultad que poseen las personas para poder expresar su personalidad, acorde con sus propios y únicos ideales. El desarrollo de la personalidad implica la posibilidad de manifestar y preservar libremente, aquellos elementos físicos y psíquicos inherentes a cada persona, los cuales, lo individualizan y permiten ser quien es acorde a su voluntad. [...] Por tal razón, las instituciones del Estado, entes públicos y privados adquieren la obligación constitucional de respeto, garantía y protección del libre desarrollo de la personalidad. En concreto, la obligación de respeto se materializa en la no adopción de medidas ilegítimas o arbitrarias que tengan como fin el coartar la expresión de la identidad personal, pues tal hecho no solo que denigra la dignidad humana, sino que contraviene al carácter democrático y plural de nuestro Estado. En cuanto al límite del derecho al libre desarrollo de la personalidad, esto es, el derecho ajeno, opera, en cuanto la dinámica de la expresión personal vulnera directamente derechos constitucionales de terceros.<sup>170</sup>

La noción de este derecho desarrollada por la corte ecuatoriana sostiene que la persona goza de la facultad de actuar conforme su voluntad e ideales, asumiendo el Estado y sociedad una obligación de respeto a esta autodeterminación, lo que coincide con lo que se sostiene sobre su contenido, así como también respecto de su límite (derechos constitucionales de los demás). La sentencia C-481/98 de la Corte Constitucional colombiana señala que su núcleo está formado por:

Aquellas decisiones que una persona toma durante su existencia y que son consustanciales a la determinación autónoma de un modelo de vida y de una visión de su dignidad como persona. En una sociedad respetuosa de la autonomía y la dignidad, es la propia persona quien define sin interferencias ajenas, el sentido de su propia existencia y el significado que atribuye a la vida y al universo, pues tales determinaciones constituyen la base misma de lo que significa ser una persona humana.<sup>171</sup>

---

<sup>169</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.66 núm. 5.

<sup>170</sup> Ecuador Corte Constitucional, “Sentencia”, en *Caso N° 0288-12-EP*, 10 de mayo de 2017.

<sup>171</sup> Corte Constitucional de Colombia, “Sentencia C-481/98”, Régimen disciplinario para docente-derogado por Código Disciplinario único/derecho disciplinario y principio de favorabilidad-aplicación para docentes/ley-aplicación en el tiempo, 09 de septiembre de 1998, pág. 2. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/c-481-98.htm>.

El Tribunal Federal Constitucional de Alemania en su sentencia número BVerfGE 6, 32 del 16 de enero de 1957 en el caso Wilhelm Elfes señala que la ley al proteger el libre desarrollo de la personalidad, “garantiza la libertad de actuar, en la medida en que esta no viole los derechos de los otros o no vaya en contra de las buenas costumbres, solo se encuentra limitada por el orden constitucional”.<sup>172</sup>

En conjunto su contenido se ata a principios, valores y otros derechos tales como la libertad, la dignidad, la vida digna, etc., que le dan su verdadero sentido, por lo que el Estado en respeto de esa garantía debe aceptar las determinaciones sin imposición alguna, siendo la voluntad de la persona autónoma, libre y no condicionada, colisionando con todo lo que no tome como protagonista directo a esta voluntad individual.<sup>173</sup>

Si se traslada este concepto del libre desarrollo de la personalidad al ámbito de la *medicina y el cuidado de la salud* se puede señalar que la persona con una enfermedad terminal realiza un cambio en su proyecto de vida, que se proyecta a través de una decisión que puede ser considerada por la sociedad y el Estado como inadecuada, con base en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, debe ser respetada por ser la manifestación de la voluntad de su titular, siempre que no atenten a derechos de terceros.

Por lo tanto, en una sociedad como la ecuatoriana que ha reconocido tanto la vida digna, cuanto el libre desarrollo de la personalidad, se debe respetar esta esfera individual<sup>174</sup> por sobre todo y permitirle a un enfermo terminal decidir sobre la base de su propio juicio de calidad de vida, independientemente de su contenido, asegurándole que su derecho va a ser respetado en este caso por la institución de salud o el médico.

Para Eliana Santana Ramos el desarrollo de la personalidad implica “la consagración jurídica del principio de *autonomía individual*. Como tal, impone el establecimiento de políticas públicas orientadas a la eliminación de los condicionamientos [...]”,<sup>175</sup> es entonces innegable la relación entre estos términos, ya que la autonomía que es el principio que permite la concreción del derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Una persona con una enfermedad terminal ejerce su derecho al libre desarrollo de la personalidad a través de la autonomía, siendo esta noción sumamente importante para

---

<sup>172</sup> Schwade, comp., *Jurisprudencia del Tribunal Constitucional Federal*, 58.

<sup>173</sup> Santana Ramos, “Las claves interpretativas del libre desarrollo de la personalidad”, 99-113.

<sup>174</sup> Del Moral Ferrer, “El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana”, 63-96.

<sup>175</sup> Santana Ramos, “Las claves interpretativas del libre desarrollo de la personalidad”, 99-113.

la toma de decisiones en el ámbito de la medicina y el cuidado de la salud consecuentemente los médicos deben respetar esta esfera personal y no interferir en contra de la voluntad del paciente ya que los pacientes son autónomos para tomar sus decisiones.

El fundamento de la autonomía conforme señala Pelegrino se puede encontrar en la filosofía moral con Locke en la que se afirma que el hombre por naturaleza es libre e igual, nadie puede ejercer soberanía sobre otro. Este argumento dio lugar al debate sobre los derechos negativos, que garantizan la no intervención de otro en asuntos particulares.<sup>176</sup>

Se puede definir como “la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres humanos que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de sus propios sistemas de valores”,<sup>177</sup> implica la potestad de su titular para actuar conforme sus valores y creencias sin intervenciones externas de la sociedad o el Estado.

Se erige como una capacidad emanada de las propias personas que les permite pensar, sentir, así como emitir juicios sobre lo que considere bueno, constituyéndose en un derecho que propugna el respeto de las otras personas. El autogobierno se expresa a través del principio de autonomía.<sup>178</sup>

Cuando las personas tienen autonomía para decidir lo que quieren y existe el contexto en el que puedan alcanzarlo, gozan de libertad para escoger entre las opciones que se le presentan. Esta autonomía que le permite ejercer la libertad<sup>179</sup> y el libre desarrollo de la personalidad.

Para Norberto Bobbio, la autonomía “indica que las normas que regulan las acciones de los ciudadanos deben ser lo más conformes posible al deseo de los ciudadanos [...] para que se llegue a conocer los deseos de los ciudadanos resulta necesario que el mayor número de ellos pueda expresarse libremente”.<sup>180</sup> En su desarrollo, permite que la

---

<sup>176</sup> Edmund D. Pelegrino, “La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica”, *Bol of Saint Panam* 108, n.5 (1990), [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16838/v108n\(5-6\)p379.pdf?sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16838/v108n(5-6)p379.pdf?sequence=1).

<sup>177</sup> *Ibíd.*

<sup>178</sup> Pelegrino, “La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica”.

<sup>179</sup> Santana Ramos, “Las claves interpretativas del libre desarrollo de la personalidad”, 99-113.

<sup>180</sup> Norberto Bobbio, *Teoría general de la política*, trad. Antonio de Cabo y Gerardo Pisarello (Madrid, Editorial Trotta, 2003), 307-308, <https://es.slideshare.net/AnaKarina30/las-teorasgeneralesdelapoliticadebobbio>.

norma refleje el deseo del individuo, por lo que el sujeto acomodará su actuar a la norma impuesta libremente sin ningún tipo de interferencia.<sup>181</sup>

Poniéndolo en otro sentido, “de no tener esa autonomía, la libertad estaría constreñida y limitada, y por ello, no se podría hablar de la posibilidad que desea toda persona de elegir libremente qué es lo que quiere hacer con su vida”,<sup>182</sup> le otorga a la persona la posibilidad de decisión, tanto sobre sus actos como sobre su existencia. La libertad equivale a soberanía de la persona, la que está asegurada por la razón.<sup>183</sup>

La sentencia C-221/94 de la Corte Constitucional colombiana determina que el legislador no puede imponer mayores límites que los que estén establecidos en la Constitución. Entre las consecuencias de este reconocimiento de la autonomía se encuentra: es la persona quien tiene que darle sentido a su vida, así como un rumbo. La única forma de limitar esta autonomía es cuando entra en conflicto con otra. Los asuntos que atañen al sujeto deben ser resueltos solo por este. Al momento de arrebatarle esta autonomía la decisión implica reducir a la persona a un objeto, en un medio para determinados fines.<sup>184</sup>

Se puede explicar la autonomía del paciente bajo la esfera de la medicina y el cuidado de la salud a través de la sentencia C-239/97 que la Corte Constitucional de Colombia resolvió sobre la eutanasia. La corte hizo un análisis sobre la relación entre el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía considerando “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 incumben, debiendo el Estado limitarse a imponerle deberes, en principio, en función de los otros sujetos morales con quienes está abocado a convivir”.<sup>185</sup>

Por lo tanto, el paciente tiene el derecho a actuar conforme su consideración propia, manifestando su voluntad de acuerdo a su valoración de la calidad de vida, sin ningún tipo de intervención por parte del profesional de la salud, de la institución sanitaria, del Estado o de la sociedad.

---

<sup>181</sup> Santana Ramos, “Las claves interpretativas del libre desarrollo de la personalidad”, 99-113.

<sup>182</sup> *Ibíd.*

<sup>183</sup> Del Moral Ferrer, “El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana”, 63-96.

<sup>184</sup> Corte Constitucional de Colombia, “Sentencia C-221/94”, Despenalización del consumo de la dosis personal, 05 de mayo de 1994, pág. 2. <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>.

<sup>185</sup> Corte Constitucional de Colombia, “Sentencia C-239/97”, Homicidio por piedad-ELEMENTOS/ Homicidio piestístico o eutanásico/ homicidio eugenésico 20 de mayo de 1997, pág. 2. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>.

No puede entonces un médico con el pretexto del bienestar del paciente, desplegar medidas que atenten en contra de esta esfera personal del enfermo, quien con base en la autonomía ejerce su derecho al libre desarrollo de la personalidad, estando facultado a oponerse a la decisión médica y pedir incluso que su vida sea finalizada por considerarla falta de calidad o indigna.

### 3. El derecho a morir dignamente como parte de la vida digna

La forma tradicional de morir ha cambiado. Tiempo atrás las personas pasaban sus últimos días en casa, rodeados de sus seres queridos, con más facilidad para tomar decisiones sobre su situación. En la actualidad sus últimos días de vida son de aislamiento y soledad, entubados, con agujas; la muerte se ha *hospitalizado*, prolongándose el acto de morir.<sup>186</sup>

Las instituciones de salud han tomado control del proceso de muerte de la persona, pudiendo incluso adelantarlo o atrasarlo. Las decisiones son tomadas por familiares cercanos y médicos, situación que ha desembocado en la *privatización de la muerte*. Si se suma a esto la limitación de la libertad del enfermo, se concluye en que se le ha arrebatado la muerte a la persona.<sup>187</sup>

Esta toma de decisiones ajena a la voluntad del paciente se puede demostrar exponiendo los resultados de la investigación llevada a cabo por Norma Alicia Ordóñez y Zuraya Monroy, quienes al estudiar la experiencia de los familiares en el cuidado de pacientes con una enfermedad terminal (cáncer) en hospitales de la Ciudad de México llegaron a la conclusión de que en el plano dependiente “se presentaron casos en los que las decisiones fueron tomadas por la familia” y en el plano autónomo “por una parte las decisiones fueron tomadas por el enfermo”.<sup>188</sup>

Las autoras sostienen además que “este trabajo fenomenológico, da cuenta a partir de la experiencia de los familiares con cáncer terminal, que hace falta comunicación por parte de los médicos para una mejor toma de decisiones”.<sup>189</sup> Lo que permite entender que el médico tiene gran influencia e incluso decide por el paciente.

---

<sup>186</sup> Alfonso Llano Escobar, “El morir humano ha cambiado”, *Bol Of Sanit Panam.* n.108, (1990):465-472. <https://es.scribd.com/document/400984800/El-Morir-Humano-Ha-Cambiado>

<sup>187</sup> *Ibíd.*

<sup>188</sup> Norma Alicia Ordóñez Vázquez, Zuraya Monroy Nasr, “Experiencia de familiares de enfermos con cáncer terminal respecto a las decisiones al final de la vida”, *Revista Electrónica Nova Scientia*, n°17(2016):492-514, <http://www.scielo.org.mx/pdf/ns/v8n17/2007-0705-ns-8-17-00492.pdf>.

<sup>189</sup> *Ibíd.*

A pesar de estas limitaciones en la toma de decisiones (por familia y médicos), el deseo de los pacientes de terminar con su vida cuando las condiciones que rodean la misma no son adecuadas, es una realidad. Louise de 79 años paciente del doctor De Lochter en una entrevista a la BBC afirma “pienso que hay que enfrentar a la muerte, y si se puede, esperarla de pie (...) es algo que nos afecta a todos, pues todos vamos a morir, pero tengo el derecho a exigir calidad al final de mi vida”.<sup>190</sup>

En ese mismo orden de ideas es necesario señalar que la muerte digna tiene matices diferentes. El primero lleva consigo el derecho a disponer de la vida con base en la autonomía, el otro engloba el morir con serenidad, sin dolor, ergo este morir con dignidad asume la visión particular que le dé cada individuo, siendo obligación del médico el respeto a estos valores, creencias<sup>191</sup> y juicios.

Pániker señala que la “eutanasia, la muerte digna, la muerte sin dolor y sin angustia, es ante todo un derecho humano”.<sup>192</sup> Esta posición prima facie apoya la existencia de un derecho a decidir sobre la propia vida. Lo indispensable de este razonamiento estriba en la libertad de decisión con base en la capacidad jurídica o por medio de un testamento vital.<sup>193</sup>

El mismo autor señala que estos conceptos no son nuevos, por ejemplo, el emperador Marco Aurelio entendía que “una de las funciones más nobles de la razón es cuando ha llegado el momento de abandonar el mundo”.<sup>194</sup> Tomás Moro en su obra *Utopía* expresaba “Los que se dejan convencer ponen fin a sus días, dejando de comer o se les da un soporífero, muriendo sin darse cuenta de ello. Pero no eliminan a nadie contra su voluntad, ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando. Este tipo de eutanasia se considera como una muerte honorable”.<sup>195</sup>

En la actualidad existe un clamor social respecto de los avances de la medicina que prolongan la vida en condiciones poco humanas, siendo indispensable que se determinen mecanismos *civilizados* para evitar la indignidad, la tortura<sup>196</sup> los tratos

<sup>190</sup> BBC, “No siento que esté matando al paciente”: el médico que ha practicado más de 100 eutanasias en Bélgica, *BBC News Mundo*, 21 de junio de 2019, párr.29.

<sup>191</sup> Juan Pablo Beca, armando Ortiz, Sebastián Solar, “Derecho a morir, un debate actual”, *Revista Médica Chile*. n.133, (2005):601-606. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000500014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500014).

<sup>192</sup> Salvador Pániker, “El derecho a morir dignamente”, *Anuario de Psicología*. n.4, (1998):83-90. <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61502/88349>.

<sup>193</sup> *Ibíd.*

<sup>194</sup> Marco Aurelio, citado en Pániker, “El derecho a morir dignamente”.

<sup>195</sup> Tomás Moro, “Utopía”, 15 de agosto de 2019,53, <https://www.biblioteca.org.ar/libros/300883.pdf>.

<sup>196</sup> Pániker, “El derecho a morir dignamente”, 83-90.

inhumanos y degradantes<sup>197</sup> y cualquier otra forma que atente en contra de la dignidad de la persona humana.

Este tema al involucrar a un gran número de seres humanos, produce un enfrentamiento de sensibilidades. Unos distinguen y otros no lo intolerable de una persona “reducida a una condición de piltrafa vegetativa en contra de su voluntad”<sup>198</sup> y los efectos que ello acarrea, por lo tanto, la vida debe ir acompañada de calidad.

Cuando esta condición no está presente surge el derecho a una muerte digna que tiene por objeto eliminar el dolor y la angustia, ya que el sufrimiento innecesario no tiene sentido. Las solicitudes de autoliberación más que dolor físico, encierran una pérdida de la dignidad.<sup>199</sup>

La ley Andaluza 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte en su exposición de motivos, a más de señalar la importancia que el proceso de muerte ha adquirido, menciona:

Por un lado, los avances de la medicina y otras ciencias afines permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados hace pocos años. Ello, sumado al envejecimiento de la población y al consiguiente incremento de personas con enfermedades crónicas, hace que un número creciente de personas con enfermedades degenerativas o irreversibles lleguen a una situación terminal, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal, un pronóstico de vida limitado y un intenso sufrimiento personal y familiar, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada. Por otra parte, la emergencia del valor de la autonomía personal ha modificado profundamente los valores de la relación clínica, que debe adaptarse ahora a la individualidad de la persona enferma. En una sociedad democrática, el respeto a la libertad y autonomía de la voluntad de la persona han de mantenerse durante la enfermedad y alcanzar plenamente al proceso de la muerte.<sup>200</sup>

Esta exposición de motivos es importante porque reconoce lo que se sostiene en la presente tesis, que el avance de la medicina ha llevado la muerte a límites desconocidos, los que pueden ser beneficiosos como alargar la vida de las personas, no obstante, también negativos ya que este alargamiento puede llegar a generar encarnizamiento terapéutico, sufrimiento en la persona y en la familia. Siendo el único mecanismo válido para hacer frente a este problema, el respeto de la dignidad y autonomía del paciente para que decida su sobre su situación y consecuentemente ejerza sus derechos.

---

<sup>197</sup> Pániker, “El derecho a morir dignamente”, 83-90.

<sup>198</sup> *Ibíd.*

<sup>199</sup> *Ibíd.*

<sup>200</sup> Andalucía, Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de muerte, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 88, 7 de mayo de 2010.

Por lo tanto, el derecho a decidir se refiere a la facultad para hacer uso de la libertad individual sobre el final de la vida. Las personas sienten esa falta de dignidad producto de la degeneración física y los sufrimientos, ergo el respeto a la dignidad encierra el respeto a la libertad que a su vez busca alcanzar la muerte cuando se pierde la calidad en la vida, lo que es un derecho de todos los seres humanos.<sup>201</sup> Pániker sostiene que si “unimos los derechos a la libertad, dignidad, intimidad y desarrollo de la propia personalidad. La consecuencia es el reconocimiento de la plena autonomía del sujeto y en el límite el derecho a la disposición de la propia vida”.<sup>202</sup>

Hay que entender que el enemigo de la medicina no es la muerte sino el período anterior a esta, que puede importar incapacidad y dolor. La medicina no debe tratar de erradicar la muerte sino aliviar el sufrimiento.<sup>203</sup> Por lo que “tenemos que volver por los fueros del paciente, tenemos que reconquistar la forma más radicalmente humana de morir: a ciencia y conciencia y con libertad”,<sup>204</sup> respetando por sobre todo la dignidad de la persona, su autonomía, el juicio que haga al momento de manifestar su voluntad y consecuentemente su proyecto de vida.

Por lo tanto, la obligación de velar por la vida se convierte en la de asegurar una muerte digna, lo que es coherente con la protección al derecho fundamental a la vida. Si no se puede asegurar calidad de vida, las obligaciones del mantenimiento de la vida se convierten en asegurar la muerte digna.<sup>205</sup>

Esta postura jurídica se “aleja del entendimiento de la vida como realidad fisico-biológica, acercándose al concepto de vida con calidad, con contenido de valor, tienen su origen en un hecho de la vida real y es el avance técnico científico de la medicina que mantiene pavorosas situaciones, prolongando artificialmente la vida de personas en condiciones de indignidad”.<sup>206</sup>

Como conclusión se presenta el pensamiento de Luis Fernando Niño, quien se adhiere a “la sinonimia entre eutanasia y derecho a morir”<sup>207</sup> ya que una persona que considera que no goza de calidad en su vida, tiene el derecho a decidir finalizar su

---

<sup>201</sup> Pániker, “El derecho a morir dignamente”, 83-90.

<sup>202</sup> *Ibíd.*

<sup>203</sup> Pániker, “El derecho a morir dignamente”, 83-90.

<sup>204</sup> Llano Escobar, “El morir humano ha cambiado”, 465-472.

<sup>205</sup> José Luis Díez Ripollés, “Eutanasia y derecho”, en *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología San Sebastián*, n.9 (San Sebastián, número 9, 1995), 130.

<sup>206</sup> Bajo Fernández, “Prolongación artificial de la vida y trato inhumano o degradante”, 737.

<sup>207</sup> Luis Fernando Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales* (Buenos Aires: Editorial Universidad, 2005), 85.

existencia con dignidad, en estricto apego a sus decisiones y el Estado tiene la obligación de garantizar su ejercicio.

#### **4. El suicidio de las personas con una enfermedad terminal en el Ecuador**

Para finalizar el primer capítulo, se describe una realidad que se presenta a nivel nacional y mundial, que tiene relación directa con todo lo que se ha tratado hasta el momento, como son los suicidios que tienen por motivación una enfermedad terminal. Este grave padecimiento ha llevado presuntamente a ciertas personas (en Ecuador) a tomar una decisión extrema que ha implicado finalizar su vida a través de este medio.

Émile Durkheim en su famosa obra *El suicidio* menciona que “llamamos suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima”.<sup>208</sup> Exigiendo como condición para que califique como tal, una manifestación de la voluntad de la persona que le lleve a su muerte.

El suicidio tiene una innegable relación con el derecho a la muerte digna, ya que cuando la persona considera que no goza de calidad en su vida, busca una salida para terminar con su existencia de una forma digna, pero al no existir tiene que recurrir a estos procedimientos que son extremos, pero se constituyen en el escape que encuentra quien lo ejecuta, siendo una motivación para su realización, el padecimiento de una enfermedad terminal.

La Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros de la Policía Nacional (DINASED) ha proporcionado acceso al autor al Sistema David, en el que se encuentran los datos de las muertes por suicidios entre el 01 de enero de 2015 y el 12 de febrero de 2019.

Esta información refleja la cruda realidad que viven las personas que padecen una enfermedad terminal día con día y permiten entender que el Estado tiene la obligación de actuar garantizándoles la vida digna en el ámbito de la medicina y el cuidado de la salud.

Este ente poco o nada ha hecho frente a esta realidad, situación que es incompatible con el paradigma del Estado constitucional de derechos en el que vive el Ecuador en la actualidad. Se plantea el estudio de esta base de datos desde una doble perspectiva. La primera consistirá en el relato de algunos casos que han sido considerados importantes, y en la segunda se presentará estadística, lo que en conjunto permitirá tener un criterio integral de este fenómeno en el Ecuador.

---

<sup>208</sup> Émile Durkheim, *El suicidio*, trad. Sandra Chaparro Martínez (Epublibre, 2016),12.

#### 4.1 Relatos de casos de suicidios

En la primera parte se explicará con ejemplos verdaderos ocurridos en el Ecuador el sufrimiento de las personas con enfermedades terminales, de igual forma se demostrará que la decisión de finalizar su vida es real, así como que el no permitirles morir dignamente y hacer que tengan que recurrir al suicidio para cesar su sufrimiento vulnera su derecho fundamental a la vida digna. Han sido utilizadas para este análisis las celdas del Sistema David: *circunstancias del hecho, presunta motivación y edad*. Todos los nombres que se muestran en el relato son diferentes a los reales.

Andrés, de 28 años se encontraba deprimido porque sufrió un accidente de tránsito, quedando parapléjico y con el 96% de discapacidad. La noche anterior a su suicidio se acostó preocupado. Al día siguiente fue encontrado por su madre muerto con cortes en sus extremidades inferiores.<sup>209</sup>

A Manuel de 72 años según relata su esposa, se le detectó un cáncer terminal a la médula y a la próstata, tomaba mucha medicación para el dolor, en los días previos a su muerte había manifestado que se quería quitar la vida porque ya no soportaba los dolores. El día de su muerte fue encontrado ahorcado con una tela, suspendido en una reja metálica.<sup>210</sup>

A Pedro de 38 años le detectaron dos tumores cancerígenos en la masa encefálica. Producto de sus escasos recursos económicos no había seguido ningún tratamiento a pesar de tener fuertes y prolongados dolores de cabeza. Fue encontrado muerto suspendido en una viga de madera con una soga.<sup>211</sup> Roberto de 78 años fue visto por su esposa con una herida de arma blanca a la altura de su cuello, siendo llevado al hospital, muriendo horas más tarde. Tenía una hernia.<sup>212</sup>

Gonzalo de 51 años según cuenta su hermano, tuvo problemas en la vesícula y en el páncreas, le realizaron una intervención quirúrgica manifestándole que tenía solo el 2% de posibilidades de vivir. Luego de eso se intentó suicidar en muchas ocasiones, siendo encontrado suspendido en el patio de su domicilio vistiendo un pañal desechable y una bata quirúrgica azul.<sup>213</sup>

---

<sup>209</sup> DINASED, Sistema David, obtenido el 12 de febrero de 2019.

<sup>210</sup> *Ibíd.*

<sup>211</sup> *Ibíd.*

<sup>212</sup> *Ibíd.*

<sup>213</sup> *Ibíd.*

Felipe de 73 años quien sufría de cáncer al riñón fue encontrado en su terraza suspendido de una viga de madera sin vida.<sup>214</sup> A Marco de 73 años le detectaron un tumor en su columna por lo que perdió la posibilidad de caminar, su hijo le encontró en su domicilio suspendido con una soga en una pared de la casa.<sup>215</sup>

Julián de 66 años, según cuenta su hermana, sufría de cáncer de próstata e insuficiencia renal, fue encontrado colgado de una soga.<sup>216</sup> Orlando de 62 años presentaba un cuadro de cirrosis crónica y enfermedades mentales. Subió a la terraza de su casa y se lanzó al vacío, al momento de ser encontrado presentaba una herida cortante de 10 cm a la altura del cráneo y hematomas en su cuerpo, murió a los pocos minutos.<sup>217</sup>

A Hernán de 46 años le detectaron VIH, además su pierna fue amputada, se suicidó ingiriendo veneno.<sup>218</sup> Verónica de 59 años ya no soportaba los dolores y estaba cansada de vivir. Su cadáver fue encontrado en un patio con una herida en la región frontal, desprendimiento de la masa encefálica y hematomas en su rostro.<sup>219</sup>

Ernesto de 48 años, quien padecía una enfermedad terminal fue encontrado por su empleada colgado de una viga con una bufanda.<sup>220</sup> A Fernanda de 56 años le diagnosticaron fibrosis pulmonar, padecía también insuficiencia cardiaca, tiempo atrás ya se había intentado suicidar cortándose las venas. Fue encontrada colgada en una viga.<sup>221</sup>

Karina de 34 años padecía de insuficiencia renal, se realizaba tres veces a la semana diálisis, su enfermedad le causaba dolores, malestar y decaimiento. El día de su muerte ingirió una sustancia.<sup>222</sup> Edison de 78 años fue encontrado muerto en el piso de un jardín con una herida abierta en la parte frontal derecha de su cuero cabelludo, excoriaciones en el pómulo y mejilla derecha.<sup>223</sup>

A estos se suman otros casos (348 en total) de mujeres y hombres (adolescentes, adultos y adultos mayores) que hicieron su juicio de valor y determinaron que su vida ya no gozaba de dignidad, personas cuyo proyecto de vida fue interrumpido por un padecimiento grave. No obstante, al no tener un medio adecuado para morir con dignidad

---

<sup>214</sup> DINASED, Sistema David, obtenido el 12 de febrero de 2019.

<sup>215</sup> *Ibíd.*

<sup>216</sup> *Ibíd.*

<sup>217</sup> *Ibíd.*

<sup>218</sup> *Ibíd.*

<sup>219</sup> *Ibíd.*

<sup>220</sup> *Ibíd.*

<sup>221</sup> *Ibíd.*

<sup>222</sup> *Ibíd.*

<sup>223</sup> *Ibíd.*

y serenidad, tuvieron que recurrir a esta forma extrema de terminar con su vida, por la inacción del Estado.

A más de su inactividad, este se ha dejado llevar por valoraciones éticas, morales, religiosas interfiriendo en la esfera individual de los seres humanos. Debe entender también que los derechos no son únicamente aquellos que se encuentran desarrollados en los instrumentos internacionales, en la parte dogmática de la Constitución y en la normativa infraconstitucional, sino también los “demás derechos derivados de la dignidad de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, que sean necesarios para su pleno desenvolvimiento”<sup>224</sup>

Consecuentemente cabe preguntarse si el Estado está respetando la dignidad, el derecho fundamental a la vida digna, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, la integridad, el libre desarrollo de la personalidad, la calidad de vida, la autonomía de los enfermos que día con día se suicidan a nivel nacional por un padecimiento grave. La conclusión principal es que su derecho fundamental a la vida digna está siendo vulnerando.

Estos resultados han permitido entender que los suicidios producto de una enfermedad terminal son una realidad en el Ecuador, debiendo el Estado asumir esta problemática y desarrollar un mecanismo de solución que como se ha demostrado es el reconocimiento del derecho a morir con dignidad que ayudaría a reducir este fenómeno.

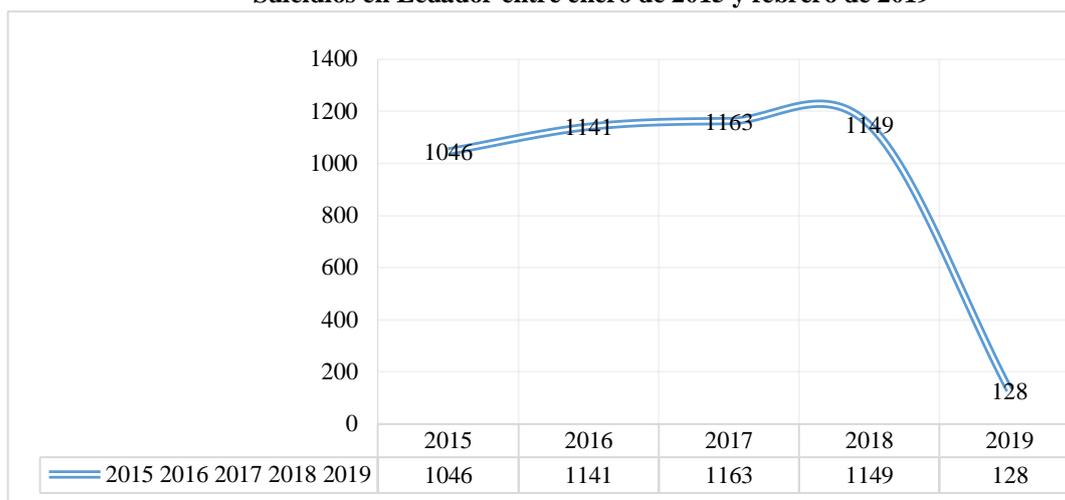
#### **4.2 Estadística de los suicidios en Ecuador**

La segunda parte presenta un estudio cuantitativo de los suicidios en el país entre el 01 de enero de 2015 y el 12 de febrero de 2019. Es necesario recalcar que, de igual forma la información ha sido obtenida del Sistema David, la que se expresará en 5 gráficos y datos complementarios.

---

<sup>224</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008, art.11 núm. 7.

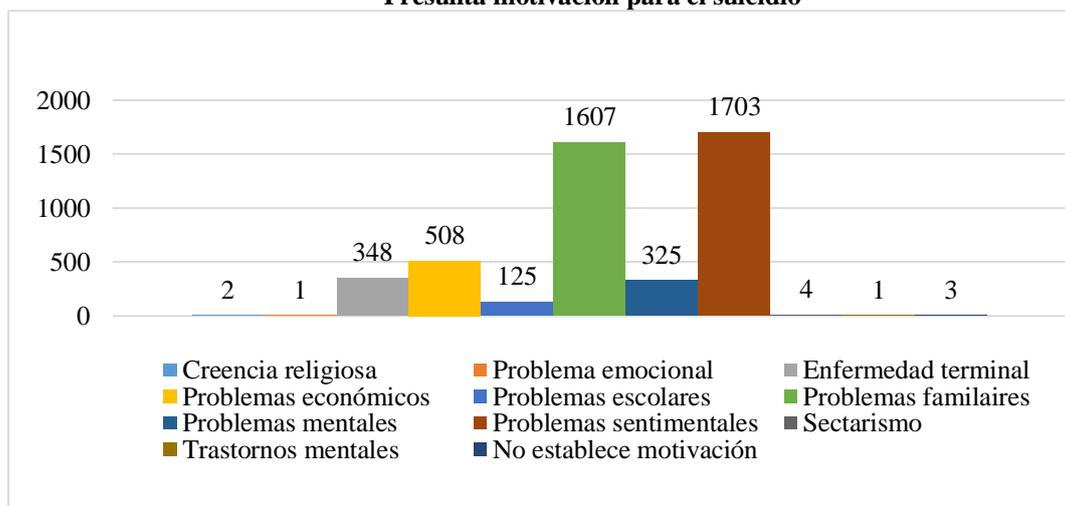
Gráfico 1  
Suicidios en Ecuador entre enero de 2015 y febrero de 2019



Fuente: Sistema David DINASED.  
Elaboración propia.

Entre enero del 2015 y febrero de 2019, se produjeron 4627 suicidios a nivel nacional, en el gráfico número uno se puede observar como desde 2015 a 2017 crece el número de suicidios (de 1046 a 1163), mientras que en el 2017 desciende ligeramente. Se puede señalar con base en esto que los suicidios se mantienen y tienden a un ligero incremento cada año. En el gráfico el número de suicidios decrece para el 2019, esto responde a que la información es únicamente del mes de enero y 12 días de febrero.

Gráfico 2  
Presunta motivación para el suicidio

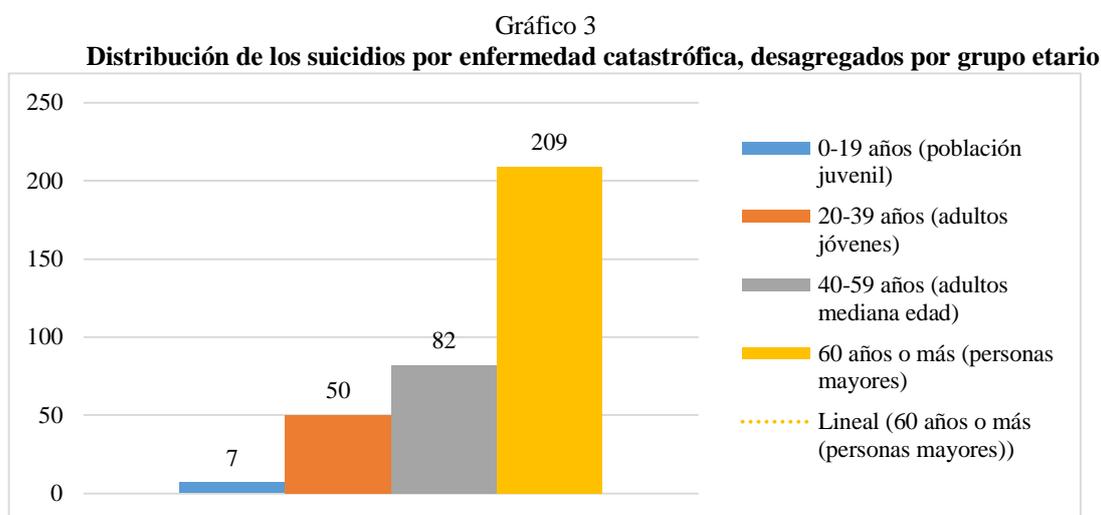


Fuente: Sistema David DINASED. Elaboración propia.

En el segundo gráfico se refleja del universo de suicidios registrados por la DINASED, distribuidos por la presunta motivación para su cometimiento. En primer

lugar, se encuentran los problemas sentimentales con 1703, en segundo los problemas familiares con 1607, en tercero los problemas económicos con 508 y en cuarto lugar las enfermedades terminales con 348 casos. Esta última representa el 7.52% del total.

Como se puede observar el padecer una enfermedad terminal es la cuarta causa de suicidios en el Ecuador, siendo una estadística que (al igual que las otras motivaciones), refleja una problemática actual, sobre la que el Estado tiene la obligación de intervenir, instaurando un mecanismo para reducir drásticamente estos suicidios por enfermedad terminal y en general (con otras medidas).

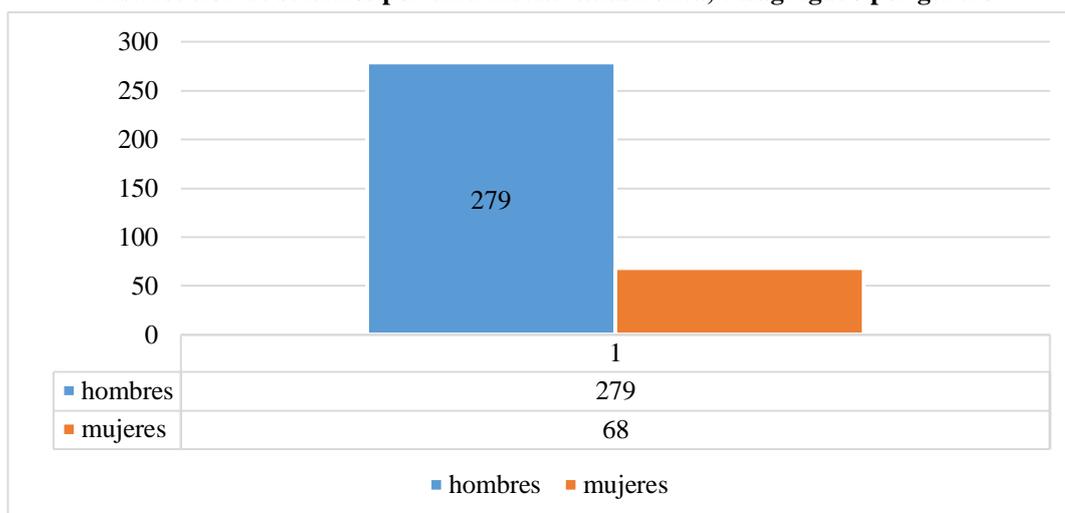


Fuente: Sistema David DINASED.  
Elaboración propia.

De los 348 suicidios registrados por el Sistema David producto de una enfermedad catastrófica, se presenta en este gráfico una división por grupo etario. El primer grupo conocido como la población de 0 a 19 años registra 7 casos, el segundo grupo de las personas entre 20 y 39 años registra 50 casos, el grupo entre los 40 y los 59 años, 82 casos, y el de los mayores de 60 años, 209 casos.

Los mayores de 60 años son el grupo etario que tiene el mayor porcentaje de suicidios producto de una enfermedad terminal. Lo que permite señalar que el Estado no está actuando *integralmente* cuando se detecta una enfermedad terminal a una persona, en especial a una mayor de 60 años, ya que en casos como los que se presentan, la inacción estatal lleva a que las personas tomen la decisión de finalizar su vida por este medio que es atentatorio de su dignidad, ni tampoco está cumpliendo su deber como grupo de atención prioritaria.

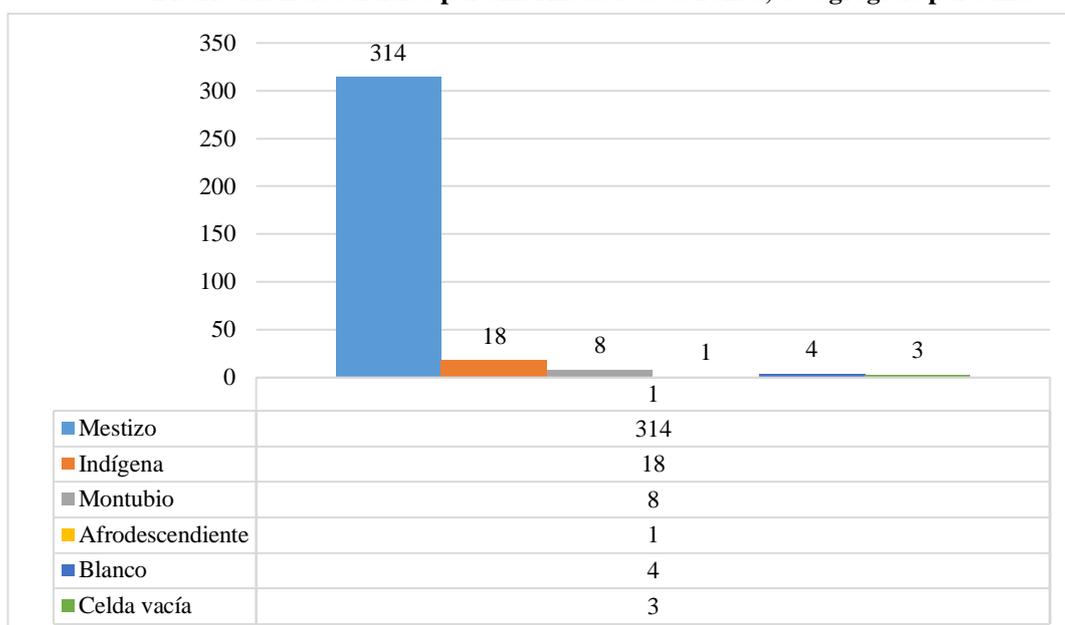
Gráfico 4  
Distribución de suicidios por enfermedad catastrófica, desagregado por género



Fuente: Sistema David DINASED.  
Elaboración propia.

Este gráfico nos permite entender la relación entre hombres y mujeres en cuanto a los suicidios producto de una enfermedad terminal. El 80.17 % corresponde a suicidios de hombres y el 19.83% a mujeres, lo que demuestra que es mucho mayor el número de hombres que se suicidan por esta causa.

Gráfico 5  
Distribución de suicidios por enfermedad catastrófica, desagregado por etnia



Fuente: Sistema David DINASED.  
Elaboración propia.

Este gráfico permite distinguir la distribución de los suicidios por etnia, señalado al respecto que el 90.23% se produjeron en mestizos, mientras que el 5.17% en indígenas, siendo estos los más representativos en la estadística que se presenta y permite entender a quienes afecta en mayor medida.

De todo lo que se ha mencionado en esta última parte se puede concluir que el problema que se plantea en la presente tesis sobre la necesidad de reconocimiento de la muerte digna es una realidad en la sociedad ecuatoriana, ya que como se ha plasmado, un número considerable de personas se han suicidado en el país los últimos años presuntamente producto de enfermedades terminales (7.52% del total), siendo de entre estos los hombres (80.17%) mestizos (90.23%) mayores de 60 años (60.06%) los más afectados, constituyéndose esta en la cuarta causa de muerte por suicidio a nivel nacional.

Como se observa el sufrimiento es real, hombres y mujeres entienden lo que es y lo que no es una vida digna. Al no gozar de dignidad en su existencia y no tener un mecanismo de salida adecuado que les permita morir con dignidad y serenidad, han acudido al suicidio como mecanismo para frenar su sufrimiento, su agonía y el alargamiento innecesario de su vida. Siendo responsabilidad directa del Estado este fenómeno.

Esta articulación entre la doctrina y la evidencia empírica justifica el problema que produce el no reconocimiento del derecho a la muerte digna en el Ecuador. No existe duda que en la actualidad se produce una clara violación al derecho fundamental a la vida digna, y a otros como la libertad, la integridad, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, etc.

En consecuencia el problema al que se enfrenta esta investigación no es meramente legal o dogmático, sino una realidad latente en el país, siendo obligación del Estado, garantizar a los enfermos terminales el derecho a decidir el final de su vida, permitiéndoles tener su propia experiencia sobre su muerte, independientemente si su decisión es contraria a la religión, al Estado, a la sociedad, a la moral, o la ética, ya que bajo un Estado constitucional de derechos y justicia, la vida debe ir necesariamente acompañada de dignidad. Se concluye el capítulo señalando que la vida y la muerte le corresponden únicamente a su titular.

## **Capítulo segundo. Procedimientos a través de los cuales se realiza el proceso de muerte de una persona bajo el criterio de vida digna, posiciones contrarias y consecuencias**

Luego de estudiar los conceptos de vida humana, dignidad y calidad en la vida, que han permitido entender a la persona en su integralidad, habiendo desarrollado los derechos base para el reconocimiento dignidad en el proceso de muerte y entendiendo el sufrimiento de los pacientes con enfermedades terminales, es necesario hacer un acercamiento a los procedimientos para el ejercicio de la muerte con dignidad.

Este capítulo presentará un acercamiento hacia la eutanasia y el suicidio medicamente asistido, así como a las posiciones contrarias a estos procesos, para concluir con un análisis de diversas consecuencias del reconocimiento de este derecho a nivel nacional.

### **1. La eutanasia**

La eutanasia es un tema polémico, producto de su intenso debate jurídico, religioso, bioético, médico, ha generado múltiples detractores y defensores. Hay quienes consideran que su reconocimiento dota a la persona de libertad para decidir sobre el fin de su vida y consecuentemente de dignidad en su muerte, no obstante, la posición antagónica estriba en la idea de que ninguna persona tiene el derecho de quitar la vida de otro o la propia.

La palabra eutanasia, se compone del griego *eu* que significa bueno y *thanatos* que equivale a muerte. Se refiere a una muerte sin dolor, tranquila, fácil. Luis Fernando Niño señala que el término tiene muchas acepciones, entre las que se encuentran: “muerte digna, honesta y con gloria”,<sup>225</sup> “bella muerte”,<sup>226</sup> “muerte tranquila y fácil”,<sup>227</sup> “muerte misericordiosa o piadosa”.<sup>228</sup>

Wimpert Hart y A.J. Overbeke, la definen como “la terminación intencional de la vida o la interrupción intencional de los procedimientos destinados a prolongar la vida,

---

<sup>225</sup> Cicerón, citado en Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 81.

<sup>226</sup> Quintano Ripollés, citado en Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 81.

<sup>227</sup> Francis Bacon, citado en Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 81.

<sup>228</sup> Morselli, citado en Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 81.

por un médico”,<sup>229</sup> coinciden en que la persona debe ser capaz, por lo que se excluye a los recién nacidos, a los adultos mentalmente incompetentes<sup>230</sup> y a toda persona que no goce de la misma condición (capacidad). El carácter intencional se estructura en el médico con base en la libertad del paciente.

Diez Ripollés considera que la eutanasia es aquel “comportamiento que, de acuerdo con la voluntad o interés de otra persona que padece una lesión o enfermedad incurable, generalmente mortal, que le causa graves sufrimientos y/o le afecta considerablemente a su calidad de vida, da lugar a la producción, anticipación o no aplazamiento de la muerte del afectado”.<sup>231</sup>

Para Henk Ten Have es “la finalización intencional por parte de un médico, de la vida de un paciente, a petición de este”.<sup>232</sup> Se identifican hasta el momento tres elementos. El primero hace referencia a la intencionalidad, que es la acción del profesional de la salud tendiente a terminar con la vida del paciente. El segundo la petición del enfermo, siendo esta la justificación moral para la realización de la acción. Y el tercero el médico, que es el profesional capacitado que despliega su accionar con ese objetivo.<sup>233</sup>

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia, adoptada por la 39 Asamblea Médica Mundial en octubre de 1987, la define como “La eutanasia, es decir el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”.<sup>234</sup>

Para Salvador Pániker se entiende como la “acción u omisión destinada a provocar la muerte de un enfermo debidamente informado de su estado y pronóstico, a petición libre y voluntaria de este y con el fin de evitarle sufrimientos que le resulten insoportables”.<sup>235</sup>

---

<sup>229</sup> Wimpert Hart, A.J. Overbeke citados en Asunción Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia* (México: Fondo de Cultura Económica, 2005), 30.

<sup>230</sup> Hart, Overbeke citados en Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 30.

<sup>231</sup> Diez Ripollés, “Eutanasia y derecho”, en *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología San Sebastián*, n., 114.

<sup>232</sup> Henk Ten Have, citado en Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 31.

<sup>233</sup> Asunción Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia* (México: Fondo de Cultura Económica, 2005), 31.

<sup>234</sup> Asociación Médica Mundial Asamblea, *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia*, octubre de 1987.

<sup>235</sup> Pániker, “El derecho a morir dignamente”, 83-90.

Campos, Sánchez y Jaramillo sobre las definiciones de eutanasia señalan que existe un común denominador que implica “procurar una buena muerte o una muerte dulce a las personas que padecen enfermedades incurables, en aras de evitar mayores sufrimientos y agonías al moribundo”.<sup>236</sup> Se han estudiado únicamente los significados acordados este estudio como se señaló anteriormente, dejando de lado el que implica la idea de discriminación que se ha analizado.

Su primer uso conforme señala Álvarez del Río, posiblemente se localiza en el trabajo del historiador romano Suetonio.<sup>237</sup> Este último en su obra *Los doce césares*, refiriéndose a Augusto señala “Su muerte fue tranquila y como siempre la había deseado; porque cuando oía decir que había muerto alguno rápidamente y sin dolor, exponía al punto su deseo de morir él y todos los suyos de esta manera”.<sup>238</sup> Esto permite entender que en épocas antiguas ya se hablaba de estas ideas de una muerte tranquila y sin dolor.

Diego Gracia, sostiene que en los pueblos primitivos ya existían prácticas eutanásicas por diferentes razones: edad avanzada, invalidez, incompetencia, enfermedad incurable, dolores, las que eran realizadas por chamanes y hechiceros.<sup>239</sup> En Grecia fue responsabilidad de los médicos, situación que produjo la *medicalización* de la eutanasia. Los médicos hipocráticos consideraban que no se debe tratar lo incurable (lo que fue conocido como desahucio) coincidiendo con Platón,<sup>240</sup> quien en su obra *La República*, menciona que las reglas de la medicina se deben aplicar a los que:

teniendo sus cuerpos sanos por naturaleza y en virtud de su régimen de vida, han contraído alguna enfermedad determinada, pero únicamente para estos seres y para los que gocen de esta constitución[...] a librarles de sus males por medio de drogas y cirujías, mientras, en cambio, con respecto a las personas crónicamente minadas por males internos, no se consagra a prolongar y amargar su vida con un régimen de paulatinas evacuaciones e infusiones [...] quien no es capaz de vivir desempeñando las funciones que le son propias no debe recibir cuidados por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad.<sup>241</sup>

---

<sup>236</sup> Federico Campos Calderón, Carlos Sánchez Escobar, Omaira Jaramillo Lezcano, “Consideraciones acerca de la Eutanasia”, *Medicina Legal de Costa Rica*, n.1(2001):1-29. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152001000200007](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007).

<sup>237</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 24.

<sup>238</sup> Suetonio, “Los doce césares”, *Ebooket*, 20 de agosto de 2019, pág.62, <https://uhphistoria.files.wordpress.com/2011/02/gaio-suetonio-los-doce-cesares.pdf>.

<sup>239</sup> Diego Gracia, citado en Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 25.

<sup>240</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 25.

<sup>241</sup> Platón, “La república”, *Luarna*, 20 de agosto de 2019, pág. 630, <http://www.ataun.net/BIBLIOTECAGRATUITA/C1%20C3%A1sicos%20en%20Espa%C3%B1ol/Plat%C3%B3n/La%20Rep%C3%BAblica.pdf>.

Se nota una clara diferencia. Primero se habla de los cuerpos sanos, que producto de una enfermedad tienen un *padecimiento determinado* (enfermedad conocida y curable) a los que sí se les debe curar. Pero a aquellos que tienen *males internos*, (enfermedades crónicas, incurables) no se les tiene que alargar la vida ni procurarles sufrimientos. Además, se percibe una diferencia entre el desahucio y la muerte rápida, que se asimila como la relación actual entre la eutanasia pasiva (no curar lo incurable) y la activa (morir sin dolor).

Sobre la afirmación de que no se debe curar a las personas que no cumplen su rol en la sociedad (inútiles), se puede asimilar con la eutanasia involuntaria que es la que se produce en contra de la voluntad de la persona, procedimiento que está totalmente alejado de lo que se propone en esta tesis, ya que la muerte digna tiene que basarse en la solicitud expresa de la persona.

En el cristianismo conforme Humpry y Wickett, la eutanasia era condenada ya que únicamente Dios era quien podía disponer de la vida, siendo prohibidas las acciones para acelerar la muerte, independientemente del dolor. Desde el siglo XIV con el renacimiento cambia la actitud hacia este procedimiento. Se pensó nuevamente en la muerte fácil como opción.<sup>242</sup>

El término eutanasia fue introducido por el filósofo Francis Bacon (euthanasia), tenía por objeto ayudar a quienes estando enfermos próximos a morir puedan pasar sus últimos días tranquilos. Han formado parte de la evolución del concepto autores como Karl F.H. Marx con su obra *Medical Euthanasia*, o Frank E. Hitchcock.<sup>243</sup>

Se empezaba ya a debatir en la primera mitad del siglo XX los aspectos sobre la eutanasia y su legalización, surgiendo en ese lapso, las asociaciones que defendían el derecho a una muerte digna. Estos avances fueron trastocados por los horrores del nazismo y su proyecto eutanásico. La guerra permitió un notable avance en la atención a los heridos.<sup>244</sup> En 1935 se instauraba la *Voluntary Euthanasia Society* en Inglaterra, que empezaba a recoger ideas sobre la propia vida, en 1938 se forma la *Euthanasia Society of América* que solicitó la incorporación del derecho a morir en la *Declaración de Derechos Humanos*.<sup>245</sup>

---

<sup>242</sup> Humpry y Wickett, citados en Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 25-26.

<sup>243</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 25-26.

<sup>244</sup> *Ibíd.*, 26.

<sup>245</sup> Pániker, "El derecho a morir dignamente", 83-90.

En 1957 el Papa Pío XII habló sobre la idea de rechazar tratamientos, a pesar de que esto acorte su vida. En 1967 el abogado Luis Kutner elabora un documento para rechazar la prolongación de la vida (se conoce como el primer testamento vital). En los 70, 80 y 90 se presentan casos que impactan en la sociedad (Karen Quinlan, Elizabeth Bouvia, Tony Bland, Nancy Cruzan). En los años ochenta se instauran asociaciones pro muerte digna alrededor del mundo, siendo la más importante la World Federation of Right to Die.<sup>246</sup> Con una revisión de su página web se constata que a octubre de 2019 tiene como miembros a 52 fundaciones de 25 países. De Sudamérica forma parte únicamente Colombia con la Fundación Pro Derecho a Morir Colombia (DMD Colombia),<sup>247</sup> sin que exista en la página registros sobre fundación alguna del Ecuador.

En las últimas décadas del siglo XX se produjeron importantes avances de la tecnología médica, lo que cambió los conceptos en la forma de morir, en la atención a los pacientes y en la muerte misma. Sumado a esto los casos de personas que con graves padecimientos acudían al sistema judicial solicitando autorización para poner fin a sus vidas, el aumento de enfermedades como el cáncer, el sida y condiciones neurodegenerativas, así como personas que vivían en estado de inconsciencia. Lo que generó amplio debate sobre la búsqueda de soluciones para cubrir estos supuestos.<sup>248</sup>

Álvarez del Río con base en la Encyclopedia of Bioethics explica que existen 4 significados de la eutanasia, siendo estos:

Tabla 2

**Significados de eutanatos**

1.	Inducir a la muerte a quienes están sufriendo.
2.	Terminar la vida de quienes son indeseables.
3.	Dar atención a los moribundos.
4.	Dejar morir a las personas.

Fuente: Encyclopedia of Bioethics. En Asunción Álvarez del Río. *Práctica y ética de la eutanasia*. Elaboración propia.

El primero implica un acto motivado por la compasión, no obstante, no señala quien es el encargado de cumplir la acción, pero se entiende su alcance. El segundo estriba en discriminación, siendo preocupante que personas decidan y otorguen la calidad de

<sup>246</sup> Pániker, “El derecho a morir dignamente”, 83-90.

<sup>247</sup> The World Federation of Right to Die Societies, “Member organizations”, *The World Federation of Right to Die Societies, Ensuring Choices for a Dignified Death*, accedido el 20 de octubre de 2019, <https://www.worldrtd.net/de/member-organizations>.

<sup>248</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 27.

indeseables a otros seres humanos, fue muestra clara de esto lo ocurrido en el nazismo. El tercero resulta amplio ya no se señala qué tipo de ayuda ni quien la despliega, se limita a señalar a los beneficiarios de esta asistencia(moribundos). Sobre el cuarto significado, Vanderpool citado por Álvarez , considera que es la llamada eutanasia pasiva.<sup>249</sup>

La tabla referente a los significados es importante porque permite dimensionar el alcance que ha tenido en su desarrollo, el debate a lo largo de la historia y cómo se ha aplicado. El significado número uno, tres y cuatro coinciden con la noción actual, mientras que el número dos es desde todo punto de vista injustificable, posiblemente siendo este el que ha ocasionado que sea dejado de lado e incluso denostado y evadido. Conforme concluye Álvarez, “tenemos una palabra que favorece la ambigüedad y confusión”.<sup>250</sup>

Siguiendo el criterio de la citada autora, se presenta una aproximación a los tipos de eutanasia, señalando que a pesar de que existen múltiples divisiones, esta es la que permitirá enfocarse en el derecho a morir dignamente.

Tabla 3  
**Tipos de eutanasia**

<b>1</b>	Voluntaria	Terminación de la vida de un paciente en respuesta a la petición de este expresada libremente.
<b>2</b>	No voluntaria	Terminación de la vida de un paciente sin que el afectado lo solicite expresamente, por encontrarse incapacitado para hacerlo.
<b>3</b>	Involuntaria	Se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo.
<b>4</b>	Activa	Finalización deliberada de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte.
<b>5</b>	Pasiva	Provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida.
<b>6</b>	Indirecta	Proporcionar medicación para aliviar el dolor, aun sabiendo que esto acelerará la muerte del paciente, la cual también se considerará natural.

Fuente: Asunción Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*.  
Elaboración propia.

La eutanasia voluntaria se establece en la relación médico paciente. Este último solicita al profesional de la salud que ponga fin a su vida, quien cumple su petición. La eutanasia no voluntaria implica de cierto modo una extensión de la voluntaria ya que se

<sup>249</sup> Vanderpool, citado en Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 28.

<sup>250</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*,30.

hace una interpretación de la voluntad del enfermo, entendiendo que no puede expresarla por alguna circunstancia determinada. Sobre esta se acepta una dosis de incertidumbre, entrado (involucra a quienes no pueden ejercer su voluntad).<sup>251</sup>

La eutanasia involuntaria lleva en su estructura una gran contradicción en su esencia para la noción actual, ya que la finalización de la vida se da en contra de la voluntad de la persona objeto del procedimiento, estando en capacidad de expresarla. En la voluntaria y no voluntaria se presenta por la valoración de la persona la idea de buena muerte, mientras que en la involuntaria no existe esta idea, incluso podría ser considerada como un homicidio o asesinato.<sup>252</sup>

En la eutanasia activa, “la abreviación de la vida se consigue mediante hechos positivos dirigidos a acortar o suprimir su curso”,<sup>253</sup> es decir el médico despliega su accionar para terminar con la vida del paciente que ha solicitado la eutanasia.

La eutanasia pasiva es más aceptada en los ámbitos religioso, jurídico, en la sociedad, se entiende que es la propia naturaleza la que produce la muerte del paciente que ha rechazado un tratamiento, evita la muerte dolorosa ocasionada por la utilización desmedida de los tratamientos médicos. Esta es la más practicada, lo que debería analizarse es si se aplica con el consentimiento del paciente, o en función de lo que consideran los familiares o el médico, mejor.<sup>254</sup> La indirecta implica la utilización de fármacos que el médico conoce que acortan la vida del enfermo.

Al respecto James Rachels, citado por Álvarez, señala “una vez que se toma la decisión de no prolongar una agonía, es preferente aplicar la eutanasia activa, más que la pasiva, porque así se consigue la muerte de manera más rápida y sin dolor.<sup>255</sup> También se debate el concepto de la *ortotanasia*, que implica la “muerte digna o debida a toda persona [...] se entiende como el derecho a morir dignamente y paralelamente como la exigencia ética de auxiliar a quien procura ejercitar ese derecho”.<sup>256</sup>

Como se observa este término engloba dos aspectos importantes, de un lado en la esfera del paciente reconoce su dignidad, así como su libertad para decidir el finalizar su vida, y dentro de la esfera exterior o extraña al enfermo, importa una obligación moral de

---

<sup>251</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 33-34.

<sup>252</sup> *Ibid.*, 35.

<sup>253</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 84.

<sup>254</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 39.

<sup>255</sup> J. Rachels, citado en Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 39.

<sup>256</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 86.

auxilio para que el profesional de la salud, que en este caso es un médico colabore con el proceso de poner fin a una vida que es indigna.

## 2. El suicidio médicamente asistido

Una de las cuestiones más polémicas dentro de la eutanasia ha sido el tratar de *legitimar* la posibilidad de que un médico termine con la vida de un paciente, incluso ellos cuestionan el recibir esa responsabilidad, razón por la que se ha promovido la opción conocida como suicidio medicamente asistido<sup>257</sup> como solución para desplegar la muerte digna sobre una persona.

La diferencia fundamental con la eutanasia radica en el agente. En el suicidio medicamente asistido la “propia persona enferma es quien se autoadministra el o los fármacos que podrán fin a su vida de acuerdo con su voluntad”,<sup>258</sup> mientras que en la eutanasia el profesional de la salud es quien con su acción directa pone fin a la vida del solicitante.

El hecho que sea medicamente asistido implica que sea llevado a cabo obligatoriamente con la colaboración de un médico, quien es el encargado de la prescripción de determinado fármaco o del establecimiento de algún dispositivo con el que el enfermo accederá a su muerte.<sup>259</sup> En la doctrina no es aceptada la idea de que no sea un médico quien despliegue ambos procedimientos.

Al momento en el que el paciente acabe con su vida, el médico puede o no estar presente, por lo tanto, no es considerada esencial su asistencia.<sup>260</sup> (encontrándose otra diferencia fundamental con la eutanasia) Siendo esta, la otra forma que se ha propuesto para poner fin a una vida que ya no se desea. El código penal español presenta una definición (que se ajusta tanto a la eutanasia cuanto al suicidio medicamente asistido) En su artículo 143 numeral 4 señala:

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.<sup>261</sup>

---

<sup>257</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 40.

<sup>258</sup> Albert Royes, “La eutanasia y el suicidio medicamente asistido”, *Psicooncología*, n.2-3(2008):323-337. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808220323A/15407>.

<sup>259</sup> *Ibíd.*

<sup>260</sup> *Ibíd.*

<sup>261</sup> España, *Código penal*, BOE, 24 de noviembre de 1995, art.143.

El tipo penal se encuadra tanto en la eutanasia como en el suicidio medicamente asistido, pero este desarrollo se enfocará exclusivamente en el segundo. Se entiende la acción con el hecho de *cooperar* con el solicitante con *actos necesarios*, situación que la realiza el médico (prescribiendo algún fármaco o poniendo en funcionamiento de algún dispositivo), que tiene por objeto *ocasionar la muerte del paciente* (efecto claro de la aplicación del suicidio medicamente asistido) por *petición de este*.

En su última parte, el artículo señala las condiciones bajo las cuales se realiza este procedimiento, siendo estas enfermedad grave o padecimientos de la misma magnitud que sean difíciles de soportar. Si es que se cumple todos estos supuestos y se da la muerte de una persona, el responsable será sujeto a una pena disminuida producto de concurrir una atenuante.

Albert Royes considera que el padecimiento difícil de soportar “debe entenderse que incluye tanto el posible sufrimiento físico como el mental es decir el ocasionado por la propia presencia de la enfermedad y la merma de calidad de vida o de dignidad que aquella provoque”,<sup>262</sup> el hecho que sea difícil de soportar encierra “algo subjetivo, depende de cada persona enferma, por lo que solo esta se puede establecer si su situación clínica es o no insoportable, con lo que el paciente se convierte en el único que puede manifestar con claridad si cumple o no de modo suficiente con esta condición”.<sup>263</sup>

Es preciso aclarar que el requisito de determinar lo insoportable forma parte del juicio que hace cada persona cuando mide su calidad de vida y su vida digna conforme sus propias creencias, por lo tanto, más que subjetivo, se consideraría que es propio de cada persona, ya que la valoración puede cambiar de un sujeto a otro, pero eso no le da del todo un tinte subjetivo.

Para Sánchez y Romero el suicidio asistido o auxilio al suicidio se constituye en “la acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es el médico, se habla de suicidio medicamente asistido”.<sup>264</sup>

De las definiciones presentadas, se pueden establecer las características o elementos del suicidio medicamente asistido: una cooperación de un tercero, la presencia

---

<sup>262</sup> Royes, “La eutanasia y el suicidio medicamente asistido”, 323-337.

<sup>263</sup> *Ibíd.*

<sup>264</sup> C. de Miguel Sánchez, A. López Romero, “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregon y Australia”, *Medicina Paliativa*, n.4(2006):207-215.

de una enfermedad irreversible o padecimiento insoportable, la colaboración de un médico y por último el resultado que es el de acabar con la vida de la persona que lo solicita. A continuación, se presenta una tabla contentiva de los argumentos a favor y en contra del suicidio medicamente asistido.

Tabla 4  
**Argumentos a favor y en contra del suicidio medicamente asistido**

	<b>A favor</b>	<b>En contra</b>
<b>Consideraciones individuales</b>	-La compasión guía estas prácticas.	-El dolor no es la principal motivación; Unos cuidados paliativos de calidad son suficientes.
	-Matar está justificado en determinadas ocasiones	-Matar a un ser humano es intrínsecamente un mal.
	-La dignidad se asienta en la capacidad de ejercer control sobre la propia vida, evitando ser una carga.	-La dignidad se asienta en el sufrimiento y en la humildad.
	-Las decisiones de actuar o permanecer pasivo son moralmente equivalentes.	-Las acciones no son moralmente equivalentes a las omisiones.
	-La autodeterminación y la voluntariedad respaldan estas prácticas (autonomía).	-La autonomía se ha perdido y la voluntariedad es virtualmente imposible en estas condiciones de sufrimiento.
<b>Consideraciones sociales (colectivas)</b>	-Los asuntos privados deben permanecer libres de interferencias.	-Las implicaciones de estas prácticas son materia pública.
	-Las profesiones deben estar al servicio de la sociedad(compromiso de no abandono).	-Las profesiones tienen sus valores independientes propios(integridad que se pone en riesgo).
	-La tendencia legal es a apoyar la regulación de estas prácticas.	-La Constitución no ampara un “derecho a morir”.
	-La legalización permite fijar salvaguardas.	-La pendiente resbaladiza será peor con la legalización.

Fuente L. Emanuel en J. Júdez. “Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado”. Elaboración, J. Júdez.

Este procedimiento al librar al médico de la acción directa de acabar con una vida, y dejar en total libertad al paciente de morir o no parece el más adecuado, pero encierra un problema de fondo, que radica en que hay muchos enfermos que se encuentran en capacidad de tomar la decisión de acabar con su vida, pero por motivo de su propia afección no pueden moverse, levantarse o tragar, por lo que se les hace físicamente

imposible tomar el medicamento o activar el dispositivo por sus propios medios para acabar con su vida.<sup>265</sup> (Esto será tratado específicamente al final del capítulo).

Quill señala, aunque “el suicidio es legal en Estados Unidos, está expresamente prohibido asistirlo en más de los dos tercios de los estados. Sin embargo, cuando los médicos han asistido al suicidio por razones humanitarias en el contexto de una enfermedad grave e irreversible, no se les ha perseguido legalmente con demasiado empeño o con éxito”.<sup>266</sup>

Esto demuestra que la sociedad y los funcionarios judiciales, en cierta medida entienden y asimilan el sufrimiento por el que atraviesan las personas con problemas graves de salud al final de su vida, pero por otro lado también expone (producto de la instauración de procesos judiciales) la necesidad imperiosa de cambios a nivel de Estado que impliquen vías adecuadas de solución a estos problemas.

La solicitud del suicidio medicamente asistido entre otras cosas puede demostrar que el paciente desea acabar con pesados tratamientos médicos, que se encuentra con problemas familiar, religiosos, pero lo más importante puede ser una solicitud racional para quien ya no considera la opción de vivir.<sup>267</sup>

Señala el mismo autor que a los enfermos, “lo que les lleva a elegir la muerte es salvaguardar lo que les queda de su condición de personas. Ellos no desean morir, sino vivir en las condiciones a que se ven obligados a causa de su enfermedad es en verdad un destino peor que la muerte”.<sup>268</sup>

Quill, junto con Cristine Cassel y Diane Meier, proponen unos posibles criterios clínicos como guía para la muerte asistida:

Tabla 5

**Guía en la muerte asistida para el médico (posibles criterios clínicos)**

<b>1</b>	El paciente deberá por su propia voluntad y por iniciativa suya, solicitar de manera clara y reiterada morir antes de seguir sufriendo
<b>2</b>	La capacidad de juicio del paciente no deberá estar alterada en absoluto
<b>3</b>	El paciente deberá encontrarse en un estado físico incurable, que ocasione un sufrimiento agudo, imposible de ser aliviado e insoportable

<sup>265</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 40.

<sup>266</sup> Timothy E. Quill, “La muerte medicamente asistida: ¿Progreso o peligro?”, en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, trad. Antonio González Bueno (Madrid, ESP: Ediciones doce calles, S.L.,1995),19.

<sup>267</sup> *Ibíd.*,22.

<sup>268</sup> *Ibíd.*,23.

- 
- 4 El médico tendrá la seguridad de que el sufrimiento del paciente y su petición no son consecuencia de una asistencia técnica y humanamente adecuada
- 
- 5 El suicidio medicamente asistido solo podrá efectuarse si existe una relación significativa entre médico y paciente
- 
- 6 Será necesario consultar con otro médico experimentado
- 
- 7 Será preciso elaborar unos documentos claros que respalden cada una de las condiciones que preceden a esta
- 

Fuente: Timothy E. Quill, "La muerte medicamente asistida: ¿Progreso o peligro?".  
Elaboración propia.

Conwell & Caine citados por Quill explican que es seguro en casos como estos, que en el final de la vida se presente un gran sufrimiento por lo que la petición de suicidio medicamente asistido no es únicamente una cuestión de trastorno mental u otro, este deseo de morir por parte de los pacientes debe ser entendido como un llamado de auxilio que se tiene que desentrañar en cada caso en concreto.<sup>269</sup>

Esto ha generado que los médicos en su actividad con enfermos terminales pasen de la lucha incansable por mantener la vida, (obviando el sufrimiento) a una en la que se dé más atención a tratar el dolor.<sup>270</sup> Creyendo que este debe ser el fin de la medicina en estos casos.

Debiéndose valorar por sobre la cuestión médica la decisión del paciente y el respeto a su libertad, autonomía, libre desarrollo de la personalidad, cumpliendo la garantía de prohibición de tratos inhumanos o degradantes y consecuentemente reconociendo el derecho a una muerte digna.

Como se observa hay una diferencia clara entre la eutanasia y el suicidio medicamente asistido que estriba en el agente, ya que en el primer procedimiento el médico es quien con sus acciones produce la muerte del paciente, mientras que en el segundo el enfermo es quien produce su muerte con la asistencia del médico, situación que es importante porque las legislaciones han regulado el derecho a la muerte digna con base en esta diferencia, excepto Holanda que considera ambos como eutanasia.

---

<sup>269</sup> Quill, "La muerte medicamente asistida: ¿Progreso o peligro?", en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, 32.

<sup>270</sup> *Ibíd.*, 33.

### 3. Posiciones en contra del derecho a morir y de los procedimientos para acabar con la vida de las personas

Como se ha sostenido a lo largo de este trabajo, el debate sobre los procedimientos de muerte digna ostenta posiciones a favor (que han sido explicadas), pero también disidentes,<sup>271</sup> que encierran argumentos basados en cuestiones religiosas, jurídicas, éticas, médicas, morales, etc., que son de obligatorio análisis para tener una percepción integral.

Méndez Baiges señala que a la posición en contra del derecho a morir se la puede dividir en tres partes. La primera implica que este derecho va en contra de principios fundamentales sobre los que la concesión debe ceder, se la conoce como *el argumento de los principios*. La segunda se nutre de manifestaciones que declaran que el derecho a morir es innecesario, imposible o que no soluciona el problema, se la llama *el argumento de la inutilidad*. La tercera está formada por las afirmaciones que señalan que la concesión del derecho a morir tiene efectos en la sociedad que desaconsejan su aplicación, se la conoce como *el argumento sobre las consecuencias*.<sup>272</sup>

#### 3.1 Argumento de los principios

Este de forma general engloba una diversidad de principios que conforman o apoyan un “principio general válido contrario a la legitimidad de la determinación del momento de la propia muerte y en función de la validez del cual se considera que el derecho a morir no debe garantizarse legalmente”.<sup>273</sup> Es opuesto a la determinación de la muerte por parte de su titular y a la legalidad de este derecho, estructurando su noción a partir de ideas morales, jurídicas, religiosas,<sup>274</sup> éticas, médicas, entre otras.

Esta posición, se estudiará desde los siguientes principios: a) la prohibición de matar, b) la indisponibilidad de la propia vida, c) la consideración de la propia vida como un derecho-deber, d) la que sostiene que la medicina tiene por objeto curar.

El primer principio que se desarrolla estriba en la prohibición de matar, en el *no matarás*, que se constituye en la base del Derecho, de los contextos sociales y su relación, debería presentar pocas excepciones o incluso ninguna. Este derecho no puede ser otorgado a nadie (matarse a sí mismo o matar a otro) ya que al ejercerlo se viola el principio.<sup>275</sup> Este encierra claras excepciones, como por ejemplo la muerte bajo legítima

<sup>271</sup> Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 88.

<sup>272</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 69.

<sup>273</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 70.

<sup>274</sup> *Ibíd.*

<sup>275</sup> *Ibíd.*

defensa, el estado de necesidad, la aplicación de la pena de muerte, en guerra, o cuando un médico suministra fármacos que acortan la vida del paciente.<sup>276</sup>

Entendido que este principio no es absoluto, ya que se limita por particularidades en los que su vulneración es aceptable, cabe preguntarse si esta permisibilidad lo hace trascendente como para analizarlo como argumento válidamente contrario a los procedimientos de muerte digna. ¿Por qué no puede ser una de esas tantas excepciones la dignidad en el proceso de muerte?

El segundo principio que debe ser analizado es el de la indisponibilidad de la vida por su titular. Dios (cristiano) y la sociedad en determinadas circunstancias pueden disponer de la vida (por intereses superiores de la propia persona), pero en ninguna circunstancia lo puede hacer su titular. Dependiendo de qué tipo de causa se utilice para analizar su prohibición puede ser entendida como indisponibilidad teológica, indisponibilidad moral e indisponibilidad jurídica.<sup>277</sup>

Las raíces de la posición católica sobre la eutanasia se encuentra en el antiguo testamento.<sup>278</sup> Por ejemplo, se señala en el Salmo 36:9 “porque contigo está el manantial de la vida”.<sup>279</sup> En el Éxodo 20:13 se menciona “No matarás”,<sup>280</sup> en Deuteronomio 22:8 “Si construyes una casa, tienes que hacer un muro pequeño que rodee la azotea. De ese modo, si alguien se cae de ahí, los de tu casa no serán culpables de derramar sangre”.<sup>281</sup>

En Samuel 31:3-4 se expresa “La lucha contra Saúl se intensificó. Los arqueros lo descubrieron y lo hirieron gravemente. Entonces le dijo a su escudero “Saca tu espada y atraviésame con ella. No quiero que esos incircuncisos vengan y lo hagan ellos, ni que me traten con crueldad”. Su escudero no quiso hacerlo porque tenía mucho miedo. Así que Saúl agarró la espada y se dejó caer sobre ella”.<sup>282</sup> En Samuel 1:6-16 se expresa

El joven dijo: “Por casualidad, yo estaba en el monte Guilboa y vi a Saúl apoyándose en su lanza, y los carros de guerra y los jinetes se le estaban acercando. Cuando él se dio la vuelta y me vio, me llamó y yo le dije: ‘¡Aquí estoy!’”. Él me preguntó: ‘¿Quién eres?’. ‘Soy un amalequita’, le contesté. Entonces dijo: ‘Por favor, ven aquí y mátame, porque estoy agonizando, pero todavía sigo vivo’. Así que fui hacia él y lo maté, porque sabía que estaba tan malherido que no iba a sobrevivir. Entonces le quité la corona de la cabeza y el brazalete que llevaba en el brazo para traérselos aquí a mi señor”. Ante esto, David se rasgó la ropa, y todos los hombres que estaban con él hicieron lo mismo. Se pusieron

<sup>276</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 71.

<sup>277</sup> *Ibíd.*

<sup>278</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 102.

<sup>279</sup> La Biblia, Salmo, 36:9.

<sup>280</sup> La Biblia, Éxodo, 23:13

<sup>281</sup> La Biblia, Deuteronomio, 22:

<sup>282</sup> La Biblia, Samuel, 31:3-4.

a gritar y a llorar, y ayunaron hasta el atardecer por Saúl (...). David le dijo: “¿Cómo te atreviste a ponerle la mano encima al ungido de Jehová y matarlo?”. Con eso, David llamó a uno de sus hombres y dijo: “Ven y mátalos”. Así que él lo atacó y lo mató. David le dijo al joven: “Eres responsable de tu propia muerte, porque con tu propia boca te condenaste al decir ‘Yo mismo maté al ungido de Jehová’”.<sup>283</sup>

En ese mismo orden de ideas, Santo Tomás de Aquino, en la Suma Teológica haciendo referencia a la indisponibilidad teológica señala que “la vida es un don divino dado al hombre y sujeto a su divina potestad, que da la muerte y la vida. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, como el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor de quien es siervo [...] pues solo a Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida [...]”.<sup>284</sup>

Son claras las ideas esbozadas ya que se reconoce al ser supremo (Dios cristiano) como el titular de la vida y de la muerte de todas las personas, siendo este el único quien tiene el poder sobre la existencia, por lo que una persona que se mate a sí mismo está atetando contra él y sus decisiones.

Consideraba también Santo Tomás que es totalmente ilícito suicidarse por tres razones: la primera porque la persona se ama a sí mismo (naturalmente), por lo que la persona va a conservar su vida y resistirse a lo que le puede destruir. El suicidio va en contra de la inclinación natural y la caridad, siendo un pecado mortal. La segunda señala que el hombre es parte de un todo, de una comunidad, perteneciéndole a esta, al suicidarse hace injuria a la sociedad. Y tercero porque la vida es un don divino otorgado al hombre, por lo tanto, el que mata a otro o se mata a sí mismo, peca contra Dios (cristiano), ya que se arroga una facultad que no le está encomendada. Solo a Dios le pertenece tanto el juicio de la muerte, cuanto el de la vida.<sup>285</sup>

John Locke en el Segundo tratado sobre el Gobierno Civil complementando lo dicho por Santo Tomás sobre la concepción teológica menciona:

El hombre tiene una incontrolable libertad de disponer de su propia persona y de sus posesiones, no tiene, sin embargo, la libertad de destruirse a sí mismo, [...] excepto en el caso de que ello sea requerido por un fin más noble que el de su simple preservación [...] siendo todos los hombres iguales e independientes, ninguno debe dañar a otro en lo que atañe a su vida, salud, libertad o posesiones. Pues como los hombres son todos obra de un omnipotente e infinitamente sabio hacedor, y todos siervos de un señor soberano

---

<sup>283</sup> La Biblia, Samuel, 1:6-16.

<sup>284</sup> Santo Tomás de Aquino, *Suma de Teología III* (Madrid: Biblioteca de autores cristianos, 1990), 534, <https://www.dominicos.org/media/uploads/recursos/libros/suma/3.pdf>.

<sup>285</sup> *Ibíd.*

enviado a este mundo por orden suya y para cumplir su encargo, todos son propiedad de quien los ha hecho y han sido destinados a durar mientras a él le plazca, y no a otro.<sup>286</sup>

La afirmación hecha por Locke es coincidente con lo manifestado por Santo Tomás en lo que a la titularidad de la vida respecta (el propietario de la vida es el sabio hacedor) y en la idea de indisponibilidad de la vida (no tiene la libertad de destruirse a sí mismo), no obstante, establece una excepción a esta idea general de indisponibilidad, que implica que es aceptada su muerte, si se da por un fin mayor que el de su simple preservación.

Se puede entender un poco alejado de la realidad de las sociedades actuales el pensar que el ser humano debe aceptar sin ningún tipo de objeción posible que el juicio de su vida o muerte, su limitación de vida, o incluso su preservación dependan únicamente del aspecto teológico (el dueño de la vida de las personas es Dios), sin dejar lugar a que se realice por parte de la persona una valoración y determinación de su calidad y dignidad en la vida, aunque sea mínima.

Sin embargo Hans Kung citado por Méndez Baiges, establece una posición intermedia entre la doctrina teológica y el libertinaje de lo todo permitido, señalando que Dios (cristiano) es quien ha dotado de libertad al ser humano, pero le ha otorgado también la responsabilidad y decisión consciente sobre el modo y momento en el que se produce la muerte, situación que no puede ser limitada ni por el médico, ni la iglesia o el Estado.<sup>287</sup>

La fundamentación teológica, es difícilmente contrastable con una posición sólida en contra del derecho a morir con dignidad, razón por la que, sus defensores “prefieren fundar el principio de razonamientos morales, los cuales parecen más ampliamente aceptables y más fácilmente trasladables al ámbito de la prohibición jurídica”.<sup>288</sup> Por lo tanto, basándose la segunda prohibición efectivamente en *cuestiones morales*, que implican considerarlo reprochable por parte de la sociedad el decidir cuándo y cómo morir (moral/inmoral).

Si se acepta esta condición de moralidad como el señalar “que la vida humana puede y debe ser examinada y juzgada por los propios hombres que la viven”<sup>289</sup> se puede llegar a dos importantes conclusiones, la primera que en efecto es reprochable el decidir

---

<sup>286</sup> John Locke, *Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil, un ensayo acerca del verdadero origen, alcance y fin del Gobierno Civil*, trad. Carlos Mellizo (España: Tecnos, 2006), 12, <https://maestria.perrotuerto.blog/bibliografia/recursos/locke2006a.pdf>.

<sup>287</sup> Hans Kung, citado en Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 72.

<sup>288</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 73.

<sup>289</sup> *Ibíd.*

cuándo y cómo morir, y la segunda que con base en esta misma moralidad se podría determinar que es adecuada en ciertos casos la decisión, lo que importa un verdadero problema para sus defensores ya que en lugar de coadyuvar en el argumento en contra del derecho a la muerte digna, hace una apología del mismo.

Antes de cuestionarse si es aceptable o inaceptable que una persona termine con su vida, se debería preguntar si es adecuado que una persona mantenga una vida que ya no la desea. Como señala el citado autor “incluso los mayores defensores del rigor de los principios morales acaban siempre encontrando disculpables algunos casos”,<sup>290</sup> por lo que el principio teológico y el de moralidad como argumentos en contra de la eutanasia son absolutamente discutibles e incluso adaptables en favor de la muerte digna.

El siguiente principio que surge es el *jurídico*, que encarna una protección a la vida contenida en los instrumentos legales. Se podría equiparar esta defensa, con lo establecido en el artículo 45 de la Constitución que señala “El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción”<sup>291</sup> y con en el 66 numeral uno *ibídem* que reconoce “El derecho a la inviolabilidad de la vida”.<sup>292</sup>

Esta concepción sostiene que el derecho a la vida que se encuentra reconocido en las constituciones, implica no solo la protección o la declaración de este derecho fundamental, sino también el deber de vivir, no únicamente una libertad negativa, sino que “consagrará un derecho que tiene un carácter intangible, inalienable e irrenunciable y que, dado que en él el ejercicio y la titularidad coinciden y puesto que no cabe la renuncia a la titularidad de un derecho fundamental, fundamenta de forma absoluta la obligación de vivir”,<sup>293</sup> siendo esta una posición absolutamente inquebrantable que le dota de condición a la vida de derecho-deber y una condición de inalienabilidad e irrenunciabilidad.

Se considera también que el derecho a la vida es el fundamento del resto de derechos, por lo tanto, es anterior a estos y cuando entra en contradicción con otros, es claro que este derecho por ser el derecho fundamental más importante goza de un carácter absoluto por lo que no es renunciable ni ponderable. Partiendo de estas dos características se estructura como un derecho-deber,<sup>294</sup> siendo el derecho a la vida un límite infranqueable para el principio de autonomía y del derecho a morir.

---

<sup>290</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos*, 75.

<sup>291</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.45.

<sup>292</sup> *Ibíd.*, art.66 num.,1.

<sup>293</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 75-76.

<sup>294</sup> *Ibíd.*, 76.

Nuevamente se habla de absolutos, de términos infranqueables, de situaciones imponderables, no obstante, se recalca que existen condiciones de limitación del derecho a la vida (pena de muerte, el estado de necesidad, la guerra), lo que demuestra que se acepta su discrecionalidad.

Esta investigación se adscribe a la teoría de Marina Gascón, quien (refiriéndose a la ley española) considera el derecho a la vida goza de una doble vertiente, una garantista y una discrecional siendo *autodisponible* bajo determinadas circunstancias.<sup>295</sup> Por lo tanto, es necesario señalar que no existen dos posiciones absolutas (disponibilidad/indisponibilidad) sino ciertos matices en los que entran en juego factores que permiten justificar tal o cual posición.

Por último, es necesario hablar del principio que tiene que ver con la naturaleza de la medicina, en el que nociones como la de *no matarás* se tienen que aplicar estrictamente ya que su misión es curar sin ningún tipo de excepción. Al reconocerse el derecho a morir con dignidad, los médicos estarían facultados a realizar procedimientos para que sus pacientes mueran, lo que estaría en contra de su deber e incluso del juramento hipocrático, razón por la que no se les debe otorgar esta facultad.<sup>296</sup> Pero la medicina actual no debe únicamente tratar de curar sino también propender a eliminar el sufrimiento del paciente.( Esto se tratara más adelante)

Las posiciones que se han analizado en el primer grupo consideran a la vida como un criterio absoluto, no obstante encierran ciertas modulaciones que derrumban este carácter absoluto e indisponible, conclusión que se ha obtenido usando los propios criterios de las posiciones en contra del derecho a morir, lo que lleva a entender que no existe nada absoluto en la vida humana y su alcance va mucho más allá de dotarle una condición de absolutamente disponible/ completamente indisponible, razón que demuestra la debilidad de estos argumentos, al “ignorar ciertas realidades”.<sup>297</sup>

### **3.2 Argumentos sobre la inutilidad**

Su estructura está conformada por las manifestaciones que consideran que el reconocimiento del derecho a morir con dignidad carece de sentido, pudiéndose demostrar que su inserción resulta ineficaz, imposible o innecesaria, porque no existen los problemas que se dicen, no se pueden solucionar con este derecho o hay otros

---

<sup>295</sup> Marina Gascón, citada en Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos*, 78.

<sup>296</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 79.

<sup>297</sup> *Ibíd.*,81.

mecanismos para una salida más adecuada. Entre estos se encuentran los cuidados paliativos, la noción de que el deseo de morir nunca se produce en realidad, etc. Son argumentos auxiliares o sirven de refuerzo de los de los principios o al de las consecuencias.<sup>298</sup>

El primero que se desarrolla dentro de esta categoría es el que expresa que el derecho a morir nunca se produce en la realidad, ya que es “el fruto viciado de una voluntad irracional, de la depresión o del engaño y debería, por lo tanto, antes ser tratada medicamente antes que escuchada o atendida”.<sup>299</sup> Por su parte la Declaración Iura Et Bona sobre la Eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe señala “Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto”.<sup>300</sup>

El problema sobre esta cuestión radica en englobar a todas las personas bajo la misma idea considerando que su voluntad de morir no es real. Se puede señalar también que esta es una posición religiosa-cristiana la que difícilmente puede envolver a toda la sociedad, ya que existen diversas religiones por lo que no se le puede imponer a pacientes con otras creencias estas manifestaciones cristianas. A pesar de que sean pocos quienes verdaderamente prefieran la muerte a la carga de seguir viviendo, se tiene que tomar en cuenta esta manifestación de la voluntad sin carga religiosa (a menos que sea voluntad del titular).

Otro argumento bajo esta posición, aunque suene un poco raro determina que “puesto que la decisión de morir es irreversible, en ella el yo presente toma una decisión que no deja ningún lugar para cualquier otra decisión que pudiera tomar el yo futuro, y ello es razón suficiente para prohibir una decisión tan drástica y tan aniquiladora de toda decisión posterior”.<sup>301</sup>

En contraste, el citado autor señala que Santiago Nino ya se ha referido a esta situación, demostrando que varias decisiones son irreversibles, como cuando una persona decide ser un estudiante de filosofía en Barcelona, sin poder serlo de medicina en

---

<sup>298</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 81-82.

<sup>299</sup> *Ibid.*, 82.

<sup>300</sup> Vaticano, *Declaración Iura Et Bona sobre la Eutanasia*, 05 de mayo de 1980.

<sup>301</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 82-83.

Múnich,<sup>302</sup> pero lo que verdaderamente es inalterable en quienes piden morir, es su calidad de vida.

Otro argumento sobre esta postura, radica en que la verdadera solución no implica el ejercicio de la muerte digna, sino que en su lugar se desplieguen los cuidados paliativos, pudiendo esta técnica hacer frente al problema que la propia tecnología médica ha creado, por lo que el dolor y el sufrimiento serían tratados de forma eficaz. La lucha entre el proceso de morir se produce por un desajuste técnico entre el curar y el cuidar, lo que se arregla sin necesidad de cambiar legislativamente el proceso de morir.<sup>303</sup>

El sufrimiento de las personas en sus últimos días de vida es un problema real que ante la inacción del Estado demuestra una clara deficiencia, lo que se busca con el reconocimiento del derecho a la muerte digna, es que la persona tenga un cierto rango de decisión,<sup>304</sup> obviamente sin desconocer las bondades que presentan los cuidados paliativos en el control del dolor y del sufrimiento. El derecho a la muerte no está en oposición a los cuidados paliativos, ya que, si es decisión del paciente, deberían ser aplicados, no obstante, está en contra de que se impongan por parte de la sociedad y el Estado soluciones contrarias a la voluntad del paciente.

Otro argumento es el que se refiere a la falibilidad de los asuntos humanos. Se sostiene que puede aparecer un descubrimiento que salve la vida de la persona, que se presente un error en el diagnóstico, que es imposible determinar exactamente la gravedad, que el reconocimiento del derecho le otorgaría un poder demasiado amplio a los médicos para comprobarlo, y que el enfermo nunca será capaz de determinar bien su situación, entre otras razones.<sup>305</sup>

### 3.3 Argumentos sobre las consecuencias

Estos basan su idea en sacar a la luz los efectos negativos que produciría en la sociedad el reconocimiento del proceso de morir con dignidad, admiten cierta benevolencia en casos concretos, pero no consideran que se pueda abrir la puerta al reconocimiento de este derecho, ya que se permitiría la existencia de múltiples abusos.<sup>306</sup>

---

83. <sup>302</sup> Carlos Santiago Nino, citado en Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*,

<sup>303</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 83.

<sup>304</sup> *Ibíd.*, 83.

<sup>305</sup> *Ibíd.*, 85-86.

<sup>306</sup> *Ibíd.*, 86.

Esta posición estriba en que el reconocimiento del derecho a la muerte digna, llevaría al fallecimiento de personas cuyo deseo no es el de morir pero su vida es considerada por otros con falta de condiciones para continuarla, por ejemplo los ancianos, los enfermos, los indigentes, las personas con discapacidad, serían quienes estarían en peligro bajo este supuesto de morir sin haberlo autorizado.<sup>307</sup>

Los argumentos sobre las consecuencias, se pueden entender como los argumentos de la pendiente resbaladiza, ya que, en el supuesto de establecer una excepción por un caso determinado para la aplicación del derecho de muerte, se produciría un efecto que implicaría aceptar nuevas excepciones lo que lleve a aceptar lo inaceptable. Por pasar gradualmente de unos casos a otros se le llama pendiente resbaladiza. Las explicaciones de este argumento se dividen en tres tipos: la pendiente homonímica, la fáctica y la lógica.

### **3.3.1 La pendiente homonímica**

La clasificación de la eutanasia que se ha hecho previamente y de la que ya se tiene conocimiento es la que permite identificar esta concepción, ya que se podría presentar un deslizamiento peligroso entre las diversas formas de eutanasia, por lo que, la complejidad de este problema depende de la clasificación que se haga.<sup>308</sup>

Méndez Baiges sostiene que este concepto implica entender a la pendiente como “un triángulo isósceles en cuyo vértice superior se encuentra la ortotanasia (dejar que la muerte llegue a un paciente) y en cuyos dos vértices inferiores se encuentra la eutanasia (acortar la vida del paciente) y la distanasia (alargar innecesariamente la vida)”, existiendo tipos de eutanasia y distanasia totalmente inaceptables, por lo que para prevenir que se llegue a estos extremos, es necesario que la eutanasia y la distanasia estén prohibidas, aceptándose únicamente la ortotanasia. Pudiéndose complicar más el ejercicio al incluir otros tipos de eutanasia.<sup>309</sup>

### **3.3.2 La pendiente fáctica**

Hace referencia a que el reconocimiento del derecho a la muerte digna va a llevar a la proliferación de otros casos que pueden ser no deseables o no autorizados. Los partidarios de esta teoría no necesitan explicar las razones del paso de un caso a otro, sino

---

<sup>307</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones.*,87.

<sup>308</sup> *Ibíd.*,89.

<sup>309</sup> *Ibíd.*,89-91.

emiten su criterio con base en lo que sucede en la realidad, siendo esta realidad a que obliga a la prudencia<sup>310</sup> en cuanto a su reconocimiento o aplicación.

Parece ser entonces la esencia de este argumento más estadística que de hechos, girando en torno a la pregunta de ¿si muere un porcentaje mayor de personas sin su consentimiento desde que se instauró el derecho a morir? Comparando diferentes países que lo han regulado.<sup>311</sup>

Al ser escasas las legislaciones que han insertado los procedimientos de muerte digna, son pocos los estudios sobre estos temas, por lo que sería una tarea interesante el investigar al respecto, pero como señala Méndez refiriéndose a un estudio “a despecho de lo que se afirma a veces muy alegremente, la pendiente resbaladiza que va desde la concesión de un derecho a morir a la generalización de la práctica de poner fin a la vida de los enfermos sin que esos lo deseen es un hecho que está muy lejos de haber sido empíricamente probado en Holanda”.<sup>312</sup>

### 3.3.3 La pendiente lógica

La versión de la pendiente resbaladiza que implica este concepto se refiere a un estudio jurídico y social del derecho a la muerte que, bajo este criterio llevaría al surgimiento de casos indeseables que no estaban previstos, pero que se encuentran relacionados. Entrando en juego los criterios de derecho a morir y de vida deteriorada, ya que la persona tiene el derecho de decidir el momento de su muerte cuando considere que su vida se halla deteriorada.<sup>313</sup>

Lo peligroso de esta situación radica en la existencia de casos limítrofes que pueden permitir una ampliación a supuestos que son más discutibles que pueden devenir del criterio de vida deterioradas, que con la existencia de requisitos y razones, pueden ir pareciendo aceptables y ampliando sus fronteras.<sup>314</sup>

Ejemplo de esto puede ser un tetrapléjico que tiene la vida deteriorada pero no una enfermedad terminal, o de quienes tendiendo una vida falta de calidad no pueden dar su consentimiento, o los que se encuentran en situaciones difíciles por abandono, falta de dinero, etc., discapacidad severa, lo que se complemente con la determinación de la voluntad de morir, pudiendo concluirse en que hay algún tipo de discriminación respecto

---

<sup>310</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*,92.

<sup>311</sup> *Ibíd.*,92-93.

<sup>312</sup> *Ibíd.*,96.

<sup>313</sup> *Ibíd.*,96-97.

<sup>314</sup> *Ibíd.*,97-98.

de los que sí pueden gozar de este derecho. Todo esto surge por la diferencia creada entre las vidas deterioradas y las que no lo son <sup>315</sup> que podría dar lugar a la petición de reconocimiento de otras categorías.

El estudio de las posiciones contrarias al reconocimiento de la muerte digna nos permite concluir en que no se constituyen en argumentos demasiado fuertes como para detener su legislación. La única posición que consta de argumentos válidos es la de las consecuencias, pero como se mencionó al inicio de su estudio, se reconoce cierta benevolencia en casos en concreto.

Ante la inercia de los actores para debatir al respecto es necesario señalar “de ahí a la falta de los requisitos más elementales para la muerte con dignidad y al espectáculo horrible del moribundo sufriente erizado de tubos y falto de derechos al que nos hemos acostumbrado a aceptar como normal hay ya un número finito de pasos que, ciertamente en muchos lugares ya se han recorrido”<sup>316</sup> y en el Ecuador no pasan de ser esfuerzos de la academia, que no tratan de imponer sino la posibilidad de otorgar la facultad de decidir a quién estando bajo condiciones estrictamente determinadas, pueda hacer uso del derecho a la muerte digna.

#### 4. El deber del médico analizado desde el Derecho

Es preciso señalar que en la actualidad producto de los avances tecnológicos, los profesionales de la medicina se encuentran frente a dilemas éticos en el ejercicio de su profesión, ya que a pesar de los grandes beneficios que importan estas nuevas técnicas y procedimientos, se pueden producir también mayores daños<sup>317</sup> que incluso lleven a vulnerar derechos.

Alberto Lifshitz menciona que en la medicina existen dos tendencias que son *extremas*. La primera es la práctica heroica que implica salvar la vida a toda costa, independientemente del sufrimiento o el daño (ahí se ubica el encarnizamiento terapéutico). La segunda es la curación natural que involucra intervenir en la menor medida posible para que las fuerzas de la naturaleza actúen. La primera posición produce

---

<sup>315</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 98.

<sup>316</sup> *Ibid.*, 108.

<sup>317</sup> Alejandro Goic, “El juramento Hipocrático: ¿una veneración ciega?”, *Bol of Saint Panam* 115, n.2(1993), <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16334/v115n2p140.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

daños por exceso y la segunda por la omisión.<sup>318</sup> Señala también el autor que “la mayoría de los médicos nos encontramos lejos de estas”.<sup>319</sup>

Si se compara la tendencia heroica con las disposiciones de la Constitución ecuatoriana, se produce una colisión, ya que cuestiones como la dignidad, la libertad, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, la vida digna, etc., son contrarios a esta postura. Castillo del Pino citado por Héctor Rodríguez hace una apología de la concepción heroica señalando:

médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, otros funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros.<sup>320</sup>

Esta posición extrema, anacrónica, alejada de los derechos del paciente, del humanismo y de un Estado constitucional de derechos, busca curar y/o mantener la vida independientemente de sus resultados. Como se entiende, su justificación se produce por la *eficacia médica*. Sobre esta afirmación cabe preguntarse ¿la eficacia médica es justificación suficiente para que una persona sea mantenida viva en contra de su voluntad con procedimientos que son inhumanos, degradantes y atentatorios de derechos?

La respuesta obvia es que en un Estado constitucional de derechos que tiene una Constitución como la ecuatoriana, el médico debe respetar las decisiones que los pacientes han tomado independientemente de su contenido, por lo que el papel del profesional se tiene que entender como un acompañante del enfermo más que uno con conducta paternalista que sabe y decide qué es lo mejor para quien está bajo su cuidado.

Esta posición extremista de defensa absoluta de la vida se debe quizá a que el ser humano en su concepción *involucionó* hasta ser concebido únicamente como un conjunto de órganos, siendo esta la primera crisis del humanismo en el ejercicio de la medicina,

---

<sup>318</sup> Alberto Lifshitz, “El ejercicio actual de la medicina” (seminario, 2002), 3-4.

<sup>319</sup> *Ibíd.*, 3.

<sup>320</sup> Castillo del Pino, citado en Héctor Rodríguez Silva, “La relación médico-paciente”, *Revista Cubana Salud Pública* 32, n°4(2006), [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400007&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400007&script=sci_arttext&lng=en).

surgiendo el médico tecnificado pero deshumanizado<sup>321</sup>. En contraste de esta visión extrema:

la medicina debe ampliar su perspectiva sobre la salud hasta llegar a englobar la realidad emocional de los pacientes (...) debemos tratar de oír al paciente (...) el ser humano es mucho más que biología, es también razón, autoconciencia, voluntad y afectividad. Ignorar la individualidad y subjetividad inherente a lo humano, provoca algunas de nuestras insuficiencias y errores en la asistencia sanitaria.<sup>322</sup>

La medicina debe ejercerse de una forma más humana, entendiendo que los pacientes son personas dotadas de razón, voluntad, dignidad, deseos, por lo que deben ser tomados como actores principales de su vida en todos los ámbitos incluidos el de la medicina y el cuidado de la salud. Los procedimientos contrarios a su voluntad en el ámbito de la medicina deben ser considerados como un trato inhumado y degradante.

Como se observa el salvar la vida independientemente de las consecuencias (lo que se cree el deber tradicional del médico) es tomado como una posición extrema que no es aceptada en el ejercicio de la medicina actual, por lo que se tienen que buscar puntos que medien estas dos posiciones que tengan como fin único el bienestar y el ejercicio pleno de los derechos del paciente.

El problema respecto del deber de defender la vida del paciente por sobre todo se tiene que debatir también a partir del juramento hipocrático. Para Goic este acto es “la expresión de un ideal de conducta, una aspiración a un comportamiento médico ejemplar y, en lo profundo, un proyecto de vida”<sup>323</sup> que tiene vigencia como hace 2500 años.<sup>324</sup> No obstante se considera que se tiene que estudiar este juramento desde sus diversas concepciones, para lo que se analizará el primero que se le atribuye al médico griego Hipócrates (aprox.460 a.C.) y la última versión de 2017 conocida también como la Declaración de Ginebra<sup>325</sup> que ha sufrido modificaciones importantes.

El cuarto párrafo del primer juramento hipocrático señala “jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo

---

<sup>321</sup> Mayda Hernández Rosales, “El humanismo y la relación médico-paciente” *Revista Cubana de Medicina* 42, n° 3 (2013):255-259 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572013000300001&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300001&lng=es&tlng=pt).

<sup>322</sup> *Ibíd.*

<sup>323</sup> Goic, “El juramento Hipocrático: ¿una veneración ciega?”, 1993.

<sup>324</sup> *Ibíd.*

<sup>325</sup> Jazmín Sánchez Salvatierra, Álvaro Taype Rondán, “Evolución del Juramento Hipocrático; ¿qué ha cambiado y por qué?”, *Revista Médica Chile* 146, n°12(2018):1498-1500, <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n12/0717-6163-rmc-146-12-1498.pdf>.

(...).<sup>326</sup> Esta es la base para entender que el deber del médico es proteger la vida por sobre todo y a la vez una prohibición para que estos no actúen contra la existencia de una persona.

Goic apoya esta postura señalando que el objetivo de la medicina es defender la vida, prevenir las enfermedades, ya sea curar o aliviar las dolencias, así como prolongar la vida. La medicina lucha por impedir la muerte evitable por lo tanto el juramento hipocrático prohíbe la eutanasia ya que lo señala explícitamente<sup>327</sup>.

Sostiene además el autor que “la muerte inducida para poner fin al sufrimiento de un paciente desahuciado es una acción reñida con el fin fundamental de la disciplina médica, que es la defensa de la vida (...) a la eutanasia se le ha llamado la muerte buena, sin embargo, la medicina no reconoce ninguna muerte buena que no sea la muerte natural por vejez, enfermedad incurable o accidente”<sup>328</sup>

Sin embargo, como se ha demostrado estas afirmaciones si se analizan desde el punto de vista jurídico, carecen de sustento debido a que en la actualidad se encuentran constitucionalizados derechos como el libre desarrollo de la personalidad, la vida digna, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, la libertad, y sobre todo se encuentra reconocido en la medicina la autonomía del paciente.

Todo esto permite concluir en que lo sostenido en 1993 por Goic al 2020 no tiene sustento si se analiza desde el Derecho por su inadecuación con el sistema constitucional de derechos. Además, la propia actualización del juramento eliminó el texto por uno que respeta la autonomía y la dignidad.

La actualización del juramento hipocrático, conocido como la Declaración de Ginebra fue adoptada por la segunda Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Ginebra- Suiza en septiembre 1948, enmendada por la 22 Asamblea Médica Mundial de Sídney en agosto de 1968, por la 35 Asamblea Médica Mundial en Venecia-Italia en octubre 1983 y por la 46 Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Estocolmo-Suecia en septiembre de 1994. Estas actualizaciones fueron revisadas por la Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, en Francia, en mayo de 2005, por la Sesión del

---

<sup>326</sup> Bioeticanet, “Juramento hipocrático”, 01 de marzo de 2020, 1, <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf>.

<sup>327</sup> Goic, “El juramento Hipocrático: ¿una veneración ciega?”,1993.

<sup>328</sup> *Ibíd.*

Consejo, Divonne-les-Bains en Francia en mayo de 2006 y enmendada por la 68 Asamblea General de la AMM, en Chicago Estados Unidos en octubre 2017<sup>329</sup>.

La declaración en la actualidad no hace referencia a la prohibición de entregar fármacos letales o una toma de iniciativa. En lugar de esto menciona “velar con el máximo respeto por la vida humana”.<sup>330</sup> Como se observa ya no se promueve la ética paternalista de los médicos, no se centra el tratamiento únicamente en la decisión el médico. Esto debido a que en los años noventa surge la autonomía como un principio<sup>331</sup> en la medicina, el que tiene consonancia con la Constitución de Ecuador, debiendo plasmarse al permitir que prime la decisión del paciente.

Se suma a esto otras partes de la actualización del juramento, en la que se señala el “velar por (...) el bienestar de mis pacientes”<sup>332</sup> el “respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes”,<sup>333</sup> “ejercer mi profesión con conciencia y dignidad (...)”,<sup>334</sup> “no emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas (...)”.<sup>335</sup>

Soporta esta nueva tendencia el criterio de José Luis Iglesias, quien señala: “hoy en día pocos juramentos médicos en el mundo incluyen el tema de la eutanasia y el aborto, lo cual es el reflejo de los cambios de actitud en la sociedad”,<sup>336</sup> los que se han inclinado al reconocimiento de la autonomía, la libertad y la dignidad.

Siguiendo este orden de ideas, el estatuto de profesionalismo para el nuevo milenio menciona que debe primar el bienestar del paciente, su autonomía, la honestidad con los enfermos, la calidad en la atención, la confiabilidad en el manejo de intereses, etc.,<sup>337</sup> condiciones que son muestra de esta nueva etapa del ejercicio de la medicina.

Otra base para el debate de las obligaciones actuales de los médicos es la Declaración Conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians, la American Society of Internal Medicine y el American Board of

---

<sup>329</sup> Asociación Médica Mundial, “Asamblea General de la AMM 2017”, *Asociación Médica Mundial AMM*, accedido el 10 de marzo de 2020, <https://www.wma.net/es/news-post/asamblea-general-de-la-amm-2017-chicago/>.

<sup>330</sup> Asociación Médica Mundial, *Declaración de Ginebra*. Octubre de 2017.

<sup>331</sup> Jazmín Sánchez Salvatierra, Álvaro Taype Rondán, “Evolución del Juramento Hipocrático; ¿qué ha cambiado y por qué?”, *Revista Médica Chile* 146, n°12(2018):1498-1500, <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n12/0717-6163-rmc-146-12-1498.pdf>.

<sup>332</sup> Asociación Médica Mundial, *Declaración de Ginebra*. Octubre de 2017.

<sup>333</sup> *Ibíd.*

<sup>334</sup> *Ibíd.*

<sup>335</sup> *Ibíd.*

<sup>336</sup> José Luis Iglesias Benavides, “El Juramento de Hipócrates ¿Aún vive?”, *Medicina Universitaria*, n°37(2007):219-230, <https://www.medigraphic.com/pdfs/meduni/mu-2007/mu074l.pdf>.

<sup>337</sup> Alberto Lifshitz, “El ejercicio actual de la medicina” (seminario, 2002), 7.

Internal Medicine, que señala: “el profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad. Este concepto exige colocar el interés del paciente por encima de los del médico”.<sup>338</sup> Como se observa hoy en día es el bienestar e interés del paciente el que prima por sobre las decisiones de los profesionales de la salud.

Esta declaración recoge el *principio de primacía del bienestar del paciente* que implica la dedicación para servir a los intereses del enfermo<sup>339</sup>. También se desarrolla el *principio de la autonomía del paciente* que señala: “los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente. Tienen que ser honestos con sus pacientes y darles la capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos. Las decisiones de los pacientes respecto a sus cuidados deben ser *soberanas*, en tanto esas decisiones se atengan a prácticas éticas (...)”.<sup>340</sup>

Por lo tanto, la medicina en la actualidad debe ejercerse poniendo al paciente como elemento principal en la toma de decisiones que conciernen a su salud. Se tiene que propender a sus intereses, así como a entender como soberana su voluntad. Por lo tanto, ya no se debe imaginar al médico como aquel profesional que decide en lugar del paciente.

Con esto se demuestra que la tendencia actual de la medicina es diferente a la de hace algunos años ya que se presenta un tránsito desde una protección irrestricta de la vida que prohíbe toda forma de ayuda a la muerte por parte del médico a una que propende al bienestar, que obliga al profesional a ejercer su profesión con conciencia, que respeta la libertad y autonomía del paciente, y por sobre todo impide violar derechos humanos, por lo que en conjunto se puede señalar que la medicina en la actualidad busca el respeto de la dignidad del paciente.

Si se suma a esto el reconocimiento del libre desarrollo de la personalidad, de la libertad, de la vida digna, de la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, se puede concluir que en la actualidad los profesionales de la medicina tienen que respetar la decisión de los pacientes, independientemente de su contenido, debiendo el actuar médico sujetarse al Estado constitucional de derechos, quedando desactualizado el deber de salvar la vida a toda costa y consecuentemente el juramento hipocrático.

---

<sup>338</sup> Declaración Conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians-American Society of Internal Medicine y el American Board of Internal Medicine, “Profesionalismo médico en el nuevo milenio: un estatuto para el ejercicio de la medicina”, Revista Médica Chile, n°4 (2003):457-460, [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000400016](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000400016).

<sup>339</sup> *Ibíd.*

<sup>340</sup> *Ibíd.*

## 5. La objeción de conciencia versus la autonomía del paciente

Diferentes médicos consideran que el ayudar a morir va en contra de la medicina y su esencia ya que su objetivo es curar y prolongar la vida de los pacientes (ya se ha demostrado que esa posición es incompatible con un Estado constitucional de derechos), sin embargo, otros piensan que su responsabilidad va mucho más allá considerando que la eutanasia (el suicidio medicamente asistido también) es el último acto con el que pueden colaborar,<sup>341</sup> sobre este segundo aspecto Timothy E. Quill señala que los médicos al tratar a enfermos en estado de agonía, a menudo tienen “que enfrentarse con la muerte y en algunas ocasiones ayudarles a encontrar la muerte”.<sup>342</sup>

En contraste de esta dicotomía, es necesario determinar que la Constitución ecuatoriana, reconoce la autonomía de la persona, la que obviamente incide en su existencia y en el mundo ya que le faculta a su autogobierno, conforme se desarrolló supra. Si se traslada esta valoración al acto médico se puede entender que esta *autonomía* se presenta al mismo tiempo en dos seres que interfieren recíprocamente<sup>343</sup>(médico y paciente) con sus actuaciones.

La inserción y el reconocimiento de instituciones a través de leyes, ponen a personas moralmente rectas en conflictos con su conciencia sobre su aplicación, gozando de un derecho que les asiste para no ser forzados a cumplir acciones que pueden ser consideradas como negativas desde el ámbito moral.<sup>344</sup>

Muestra clara de este conflicto es el que se presenta por un lado con el médico que se rehúsa por su valoración moral a cumplir determinada obligación y el del paciente que exige determinada conducta del primero. Como se observa hay relación directa con el ejercicio de los derechos de ambos actores, lo que prima facie es un conflicto, no obstante, el Estado tiene la obligación de resolver esta situación, asegurando el ejercicio de los derechos de todos los intervinientes, salvo excepciones.

Hay que partir de la idea de que los médicos, enfermeras, personal sanitario de instituciones públicas y privadas, tienen la facultad de rechazar la participación tanto en la consulta, cuanto en la preparación y en la ejecución de estos actos en contra de la vida<sup>345</sup> como legítimo ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia.

---

<sup>341</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 211-212.

<sup>342</sup> Quill, “La muerte medicamente asistida: ¿Progreso o peligro?”, en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, 16.

<sup>343</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 147.

<sup>344</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 77.

<sup>345</sup> *Ibíd.*

Se entiende como “la negativa de ejecutar o cooperar activamente en la realización de un acto concreto, ordenado por una norma legal, pero que el destinatario de la misma decide no llevar a cabo, por considerarlo contrario a sus convicciones morales, éticas, usos deontológicos o normas religiosas”,<sup>346</sup> surgiendo dentro de la persona una contradicción entre la norma legal que le impone un deber de actuar y una valoración negativa propia (moral, ética) sobre esa obligación.

Se puede aplicar en múltiples actos tales como el servicio militar, los tratamientos médicos, las vacunas, el aborto, la eutanasia, el trabajo en días sábados frente a una religión determinada, la resistencia a vender la píldora del día después, fármacos que se pueden utilizar en el suicidio o la eutanasia, la clonación, la manipulación genética, la reproducción asistida entre otros.<sup>347</sup>

La Constitución ecuatoriana reconoce dentro de la libertad a este derecho en el artículo 66 numeral 12 señalando “el derecho a la objeción de conciencia, que no podrá menoscabar otros derechos, ni causar daño a las personas o a la naturaleza”,<sup>348</sup> siendo permitido constitucionalmente con base en esta disposición, que determinada persona se oponga al cumplimiento de una obligación jurídica, sin que producto de esta objeción el funcionario de la salud se vea sancionado por su incumplimiento.

Es un límite claro el que impone la norma suprema, ya que permite su ejercicio, pero siempre y cuando no se atente a otro derecho, se dañe a las personas o a la naturaleza, sobre lo que cabe preguntarse, si es que es posible que las personas ejerzan su objeción de conciencia cuando entra su actuar en conflicto con otros derechos como la libertad, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad, etc.

Para responder esta pregunta, es necesario trasladar este desarrollo conceptual al terreno de la medicina, ya que nos interesa confrontarlo con el derecho a la autonomía de las personas. Bajo este criterio médico se define a la objeción de conciencia como “el incumplimiento de una prestación sanitaria o de su cooperación con ella, en principio obligatorias, por ser contraria al dictamen de conciencia del profesional objetor”.<sup>349</sup>

Lo ejerce un profesional de la salud como un médico, una enfermera, un farmacéutico, que frente a un mandato jurídico que le dispone la realización de determinada acción inherente a su trabajo; razona y determina que no lo puede cumplir

---

<sup>346</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 287.

<sup>347</sup> *Ibíd.*

<sup>348</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.66 núm. 12.

<sup>349</sup> Carlos María Romero Casabona, citado en Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 289.

por sus principios morales.<sup>350</sup> No obstante la legalización de los procedimientos para morir dignamente suponen tanto el derecho del paciente para terminar con su vida cuanto la protección a los profesionales de la salud que colaboran en esta práctica,<sup>351</sup> cuando a los que no quieren colaborar por eso se reconoce la posibilidad de objeción.

Ha sido utilizada principalmente en los casos de eutanasia y aborto, ya que se le ordena al profesional de la salud la realización de estos procedimientos, pero si este concibe que esa disposición es contraria a sus valores, ideología, creencias, ética, se presenta un importante conflicto entre su conciencia y la ley, encontrándose con un deber contrario a sus convicciones morales.<sup>352</sup>

Con base en lo establecido en el artículo 66 numeral 12 y equiparándolo con lo que se ha desarrollado, se concluye que en garantía del médico se configura un derecho constitucionalmente protegido que le permite incumplir una obligación jurídica de obrar respecto de un caso determinado que sea contrario a su convicción, sin ser sujeto a sanción.

No obstante, frente a este derecho del médico se encuentra la autonomía del paciente, que le permite decidir bajo una valoración propia aspectos sobre sí mismo. Ya se ha demostrado que los enfermos gozan de esta libertad para decidir, por lo que “si un paciente pide ayuda a su médico para morir es porque no solo quiere terminar con su vida sino que le importa la forma de su muerte y la calidad de vida en la etapa final”,<sup>353</sup> siendo su deber el de permitirle cumplir su objetivo, luego de cumplirse ciertos requisitos.

Bajo este criterio, si se plantea un supuesto de aplicación de uno de los procedimientos para el ejercicio de la muerte digna, se puede encontrar un conflicto claro. Se presenta una interesante colisión entre el derecho del médico a la objeción de conciencia y el derecho a la autonomía de la persona que ha solicitado finalizar su vida por considerarla como indigna.

Parece que el choque irresoluble, pero, con una adecuada argumentación y reconocimiento de derechos para todos los intervinientes en este supuesto, se puede solucionar respetando los derechos del paciente y del médico. Para explicar la forma de solucionar este conflicto entre la objeción de conciencia y la libertad, se utiliza como referencia la legislación de Estados Unidos de América sobre el aborto.

---

<sup>350</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 289.

<sup>351</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 216.

<sup>352</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley*, 290.

<sup>353</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 210.

Guillermo Escobar Roca, citado por Farfán Molina, señala que en Estados Unidos se encuentra reconocida en la ley federal (Health Programs Extension act 1973) y en la de la mayoría de estados la objeción de conciencia en los casos de aborto que permite al personal de salud a rechazar la asistencia a un aborto. Este derecho por ser de contenido individual, obliga a que la *institución* prestadora del servicio garantice el ejercicio del derecho de la mujer a la interrupción de su embarazo con la atención de otros profesionales. En Francia de igual forma se reconoce el derecho a la objeción de conciencia pero se obliga a los hospitales públicos a crear unidades especializadas que cuenten con médicos que consientan en la realización del aborto.<sup>354</sup>

Estos casos si bien han sido desarrollados bajo otro supuesto (aborto) pueden ser trasladados al campo de la eutanasia para resolver el problema que se ha planteado entre el derecho a la objeción de conciencia y el derecho a la autonomía del paciente cuando estos colisionan.

Por lo tanto, frente a un caso de eutanasia o de suicidio medicamente asistido, con base en la norma constitucional, queda claro que el médico en ejercicio de su legítimo derecho puede abstenerse de participar en estos procedimientos. Al ser este derecho de carácter individual el Estado está en obligación de reconocerlo a su titular (médico), pero únicamente a él, por lo tanto, debe garantizar a través del sistema de salud que exista otro profesional que acepte realizarlo.

Como señala Luis Fernando Niño, “la solución más auspiciarle, para asegurar a todos el máximo desarrollo de sus potencialidades, tal cual corresponde a un moderno Estado de Derecho, se encontrará en el remplazo del profesional objeto [...]”,<sup>355</sup> incluso si se va más allá, este propio sistema de salud debería contar con una unidad especializada conformada por profesionales que brinden todos los servicios que frente a la muerte digna se refieren.

Por lo tanto el derecho de autonomía del paciente no se ve afectado de ninguna manera ya que este decide terminar con su vida y el Estado le asegura el ejercicio de su derecho a la muerte digna a través de sus profesionales de salud y de una unidad especializada que le dé una atención integral, pudiendo señalar que este conflicto entre la autonomía del paciente y la objeción de conciencia del médico es resoluble absolutamente si es que se garantiza por parte del Estado el goce de ambos derechos.

---

<sup>354</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley*, 290.

<sup>355</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 231.

El límite del derecho a la objeción de conciencia es claro, ya que el médico lo puede invocar siempre y cuando no sea el único que pueda llevar a cabo el procedimiento, en caso contrario obligatoriamente debe actuar, debiendo el Estado a través de su organismo de salud garantizarlo. Se debe también levantar un registro de objetores y un sistema adecuado de remplazos<sup>356</sup> para no caer en esta imposición, estando por sobre la objeción de conciencia la autonomía del paciente para decidir las cuestiones relativas al final de su vida.

Para prevenir esto y aceptando que existen médicos que están en contra de prestar su ayuda para que muera una persona, este objetor tiene la obligación de informar con tiempo a su paciente para que este busque ayuda en otro profesional de la salud.<sup>357</sup> Quill al respecto señala “si la muerte es el único medio para terminar con el espantoso sufrimiento, ¿cuáles son entonces nuestras responsabilidades como médicos, cuidadores y prestadores de auxilio?”<sup>358</sup>

Otro límite de este derecho de los médicos se presenta al determinar que la objeción de conciencia se realiza objetivamente, es decir por un conflicto moral del médico y no por otras condiciones como comodidad, capricho o evasión de su obligación, lo que puede demostrar la falta de sinceridad en la objeción. La objeción de conciencia puede ser ejercida únicamente por el individuo mas no por la institución ya que obviamente la conciencia moral es del sujeto, no de la persona jurídica.<sup>359</sup>

Sin embargo a pesar de que la autonomía de la persona sobresale sobre el derecho de los médicos a la objeción de conciencia, el paciente no goza el derecho de exigir que determinado médico sea quien realice el procedimiento, en el caso que no exista un médico objetor, la ponderación hace que el derecho del paciente sobresalga al del médico, siendo la muerte del enfermo un claro límite al derecho de objeción de conciencia del médico.<sup>360</sup>

Hay que ser claros al comparar entre los derechos a la autonomía del paciente y la objeción de conciencia ya que “la negativa institucional basada en razones de conciencia no es admisible”<sup>361</sup> por las condiciones que ya se han señalado. Por lo tanto, este derecho incluye la facultad de no intervenir en la práctica del acto, en la emisión de dictámenes

---

<sup>356</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 292.

<sup>357</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 215.

<sup>358</sup> Quill, “La muerte medicamente asistida: ¿Progreso o peligro?”, en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, 16.

<sup>359</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 292-293.

<sup>360</sup> *Ibíd.*

<sup>361</sup> *Ibíd.*

previos, en la realización de actividades asistenciales, y todo lo referente a su aplicación, pudiendo ser declarada incluso de forma oral.<sup>362</sup>

Por último es necesario señalar que “desear la muerte puede ser algo completamente racional cuando uno tiene que hacer frente a la desintegración continua e irreversible que solo puede acabar con la muerte”,<sup>363</sup> por lo que la muerte no implica la “lucha entre ángeles y demonios por el alma del moribundo sino al concepto más actual de que la profunda libertad anterior, situada quizá en el mismo acto de morir pueda elegir la clase de valor espiritual que uno querría que caracterizase su muerte misma”.<sup>364</sup>

Por lo tanto, una vez demostrado que la posible colisión entre el derecho del médico a la objeción de conciencia y el del paciente al ejercicio de su autonomía se resuelve con una actuación estatal de por un lado permitir que el médico objete su conciencia, pero asegurando un replazo que lleve a cabo la acción y por otro que el paciente quien es el verdadero dueño de su muerte decida las condiciones en las que se va a llevar a cabo y no se vulnere su derecho, partiendo de un origen “individual y privado [...] a una dimensión común y pública”.<sup>365</sup>

Se concluye el subtema señalando que en una sociedad actual como la ecuatoriana, dominada por valores supremos, principios y derechos, es impensable que quien pueda decidir en primera instancia sobre sí mismo no sea la propia persona, debiéndose permitir tomar acciones no solo sobre su vida sino también de su muerte, ya que si pide finalizar su vida, de seguro sus condiciones de vida son peores que su propia muerte,<sup>366</sup> por lo que el médico (Estado) debe prestar atención a estas cuestiones y decidir respetando esta autonomía.

## 6. El consentimiento informado

Esta se constituye en otra garantía de los pacientes en la actualidad, es importante en el estudio de la muerte digna porque permite tomar una decisión con información completa sobre su caso, por lo que los profesionales de la salud están en la obligación

---

<sup>362</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 294-295.

<sup>363</sup> Quill, “La muerte médicamente asistida: ¿Progreso o peligro?”, en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, 33.

<sup>364</sup> Warren T. Reich, “El arte de cuidar a los moribundos”, en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, trad. Antonio González Bueno (Madrid, ESP: Ediciones doce calles, S.L., 1995), 89.

<sup>365</sup> Diego Gracia, “Cuestiones de vida o muerte, Dilemas éticos en los confines de la vida”, en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, trad. Antonio González Bueno (Madrid, ESP: Ediciones doce calles, S.L., 1995), 135-139.

<sup>366</sup> Gracia, “Cuestiones de vida o muerte, Dilemas éticos en los confines de la vida”, en *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*, 135-136.

informar a la persona, quien decidirá, pero teniendo un panorama total en lo que respecta a su salud.

Lorda y Concheiro consideran que este concepto tiene un origen norteamericano, influenciado por el modelo ético-político de finales del siglo XVIII, su desarrollo se sitúa en el movimiento para la reivindicación de los derechos civiles que surgió luego de la Segunda Guerra Mundial, pero tuvo su apogeo en los sesenta y setenta.<sup>367</sup>

No obstante para Galán su inicio se puede encontrar en Alemania y Francia y Norteamérica,<sup>368</sup> siendo en la actualidad un concepto medular en el ejercicio de la medicina y un aporte desde el Derecho a la relación médico-paciente y de obligatorio estudio para el derecho a la muerte digna ya que es menester que el paciente esté adecuadamente informado al tomar cualquier tipo de decisión y aún más si elige los procedimientos de muerte digna.

El movimiento por la lucha de los derechos civiles de Norteamérica, conjuntamente con el desarrollo científicotécnico en la medicina, repercutieron de tres formas sobre la noción de consentimiento. La primera consistió en la reivindicación de las cartas de los derechos de los enfermos en las que el consentimiento informado era el más importante. La segunda permitió que una disciplina concerniente al actuar de los médicos tome fuerza (Bioética), siendo esta la base para la teoría del consentimiento informado en el ámbito jurídico.<sup>369</sup>

La tercera (la más importante para el estudio de la muerte con dignidad) implica la destrucción del modelo clásico paternalista de la relación médico-paciente que entendía a este último como un inválido, física, moral psicológicamente, considerado como incapaz para decidir,<sup>370</sup> “la relación era de tipo vertical [...] el médico desempeñaba el papel de tutor y el enfermo de desvalido [...] pasando a una pluralista que respeta los códigos morales de la persona”.<sup>371</sup>

En consecuencia, sobre el modelo caduco surge otro que “pone su acento en la autonomía de los propios enfermos para decidir lo que debe o no debe hacerse con ellos. El corazón de este modelo pasa a ser la teoría del consentimiento informado”,<sup>372</sup> transitando la medicina de este paternalismo a uno que respeta la voluntad del sujeto

<sup>367</sup> Lorda, Concheiro Carro, “El consentimiento informado: teoría y práctica”, 659-663.

<sup>368</sup> Julio César Galán Cortés, “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”, *Revista Médica de Uruguay*, n.15(1999):5-12. <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2.pdf>

<sup>369</sup> Lorda, Concheiro Carro, “El consentimiento informado: teoría y práctica”, 659-663.

<sup>370</sup> *Ibíd.*

<sup>371</sup> Galán Cortés, “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”, 5-12.

<sup>372</sup> Lorda, Concheiro Carro, “El consentimiento informado: teoría y práctica”, 659-663.

incluso sobre la objeción de conciencia del médico, siendo este quien tiene por obligación la aplicación de la eutanasia, modelo que es coincidente con la noción actual de los criterios que respecto del derecho a la muerte digna se han manifestado.

Había una “errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no era capaz de tomar una decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no afectaba únicamente a su cuerpo sino también a su alma”<sup>373</sup> lo que fue evolucionando hasta el concepto que existe en la actualidad en el que se respeta la valoración propia que hace la persona de su condición, que incluso puede como se ha argumentado, decidir terminar con su vida si esta ya no goza de dignidad ni de calidad.

Galán describe varias sentencias que a nivel mundial se han constituido en referentes sobre el tema. La primera se produjo en 1767 en las Islas Británicas en el caso Slater v. Baker & Slapeton, la segunda en 1906 en el caso Pratt v. Davis en el que se limitó la aceptación del consentimiento a casos de urgencia vital y a los que sean dejados en manos del médico por parte del enfermo.<sup>374</sup>

En 1914 el Tribunal de Nueva York resolvió el caso Schollendorf v. Society of New York Hospital, ante una operación realizada sin consentimiento del paciente, en la que reconoció el derecho a determinar por el enfermo lo que se debe hacer con el propio cuerpo. Por último se refiere a la expedida por la Corte Suprema de Japón en 1981 en la que se reconoce la obligación que tiene el médico de explicar al paciente las cuestiones referentes a su enfermedad, como parte de su profesión.<sup>375</sup>

La evolución de este concepto se presenta conforme las siguientes etapas. La primera es la de *consentimiento voluntario*, que surge producto de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial y de los campos de concentración de los nazis, determinando que el consentimiento es esencial. La segunda etapa es la denominada *consentimiento informado*, se presenta con el caso Salgo a finales de los años 30. La tercera es la del *consentimiento válido*, tiene como base el caso Culver que implica la obtención del consentimiento de forma correcta valorando la capacidad del enfermo, pueden surgir cuestiones que son o no consideradas válidas por diferentes causas (psíquicas). La cuarta es la del *consentimiento auténtico* que entiende al consentimiento como el acuerdo con el sistema de valores del individuo.<sup>376</sup>

---

<sup>373</sup> Galán Cortés, “La responsabilidad médica y el consentimiento informado, 5-12.

<sup>374</sup> *Ibíd.*

<sup>375</sup> *Ibíd.*

<sup>376</sup> *Ibíd.*

Se lo puede definir como un proceso “gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario bastante información en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad”.<sup>377</sup> Hoy en día para que “una decisión sea válida, suele considerarse requisito indispensable que actúe con autonomía y competencia”.<sup>378</sup>

El Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado del Ministerio de Salud Pública de Ecuador publicado en 2017, lo define como:

un proceso de comunicación que, forma parte de la relación del profesional de la salud y el paciente, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud. Consiste en un proceso deliberativo, que se realiza con un paciente capaz y de forma voluntaria en el cual el profesional de la salud explica en qué consiste el procedimiento a realizarse, los riesgos, beneficios, las alternativas a la intervención de existir estas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene.<sup>379</sup>

El derecho a la muerte digna a más de su reconocimiento e inserción en la legislación ecuatoriana, debe nutrirse de estas instituciones que le permitirán desplegarse integralmente, ya que generará en el paciente solicitante, adecuada confianza sobre la decisión que ha tomado por medio de su juicio de valor, porque la tomará con un amplio conocimiento sobre su situación real, las opciones que tiene sobre su padecimiento, la existencia de tratamientos alternativos, etc.

La Constitución ecuatoriana reconoce en su artículo 362 el derecho al consentimiento informado señalando que “los servicios de salud [...] garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”.<sup>380</sup> Por su parte la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 7 literales e y h garantiza los siguientes derechos:

e) 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; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos [...] h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado

<sup>377</sup> Galán Cortés, “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”, 5-12.

<sup>378</sup> María del Carmen Lara, Juan Ramón de la Fuente, “Sobre el consentimiento informado”, *Bol Of Sanit Panam.* n.108, (1990):439-443. [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p439.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p439.pdf).

<sup>379</sup> Ecuador, *Acuerdo Ministerial 5316*, Registro Oficial 512, 22 de febrero de 2016.

<sup>380</sup> Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art.362.

de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública.<sup>381</sup>

En el artículo 60 del Código de la Niñez y Adolescencia se habla del derecho de los niños y adolescentes a “ser consultados en todos los asuntos que les afecten. Esta opinión se tendrá en cuenta en la medida de su edad y madurez”,<sup>382</sup> siendo toda esta la estructura normativa principal del consentimiento informado en la legislación nacional.

Los elementos del consentimiento informado son: la voluntariedad, la información en calidad suficiente, la información con calidad suficiente, la competencia y la validez, siendo indispensable estudiar cada uno de estos para entender el objeto y alcance de este derecho.

### **6.1 Voluntariedad**

Independientemente si se realiza con consentimiento informado o no, es indispensable la voluntad del paciente ya sea en un procedimiento de diagnóstico o terapéutico. Lo contrario a esta idea (falta de voluntad) no es aceptable ni desde el punto de vista ético, menos aún desde el legal.<sup>383</sup>

La limitación a esta voluntariedad se puede presentar por medio de la *persuasión*, cuando es sujeto es sometido a un procedimiento sin tener oportunidad de elegir. Por la *coacción* cuando el consentimiento se obtiene mediante la amenaza explícita o implícita con consecuencias no deseables pero evitables (si se somete al procedimiento). La *manipulación* que se presenta cuando el médico con sus conocimientos le empuja al paciente a tomar una decisión.<sup>384</sup>

### **6.2 Información en cantidad suficiente**

El consentimiento no tiene que gozar únicamente de la denominación de libre, sino también de informado, lo que obliga a que sea exteriorizado por el paciente, pero luego de una valoración que encierre una ingente cantidad de información sobre la decisión a tomar. Lorda y Concheiro exponen los ámbitos sobre los que gira la información proporcionada a los pacientes por parte del médico:

---

<sup>381</sup> Ecuador, Ley Orgánica de Salud, Registro Oficial 423, Suplemento, 22 de diciembre de 2006, art.7.

<sup>382</sup> Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia, Registro Oficial 737, 03 de enero de 2003, art.60.

<sup>383</sup> Lorda, Concheiro Carro, “El consentimiento informado: teoría y práctica”, 659-663.

<sup>384</sup> *Ibíd.*

Tabla 6

**Ámbitos sobre el consentimiento informado**

1.	Descripción del procedimiento propuesto, tanto de sus objetivos como de la manera en que se llevará a cabo.
2.	Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles.
3.	Beneficios del procedimiento a corto, mediano y largo plazo.
4.	Posibles procedimientos alternativos con sus riesgos, molestias y efectos secundarios respectivos y explicación de los criterios que han guiado al médico en su decisión de recomendar el elegido en lugar de estos.
5.	Efectos previsibles de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles.
6.	Comunicación al paciente de la disposición del médico a ampliar toda la información si lo desea, y a resolver todas las dudas que tenga.
7.	Comunicación al paciente de su libertad para reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.

Fuente: Pablo Simón Lorda, Luis Concheiro Carro, “El consentimiento informado: teoría y práctica”. Elaboración propia.

**6.3 Información con calidad suficiente**

En los años 60 y 70 el problema para quienes se preocupaban por el consentimiento informado era el de determinar la cantidad de información que presentaban, no obstante en los años 80 cobró relevancia el problema de la comprensión de la información suministrada, debido a que se llegó a la conclusión de que los pacientes no entendían adecuadamente lo manifestado por los médicos,<sup>385</sup> siendo indispensable esta calidad de información para el consentimiento.

Sobre este aspecto se presentan dos dificultades, la primera es la considerada objetiva, que señala que el médico utiliza demasiados tecnicismos, expresiones complicadas, entre otros. La segunda es la dificultad subjetiva que engloba la capacidad del enfermo como receptor de información, es decir su mayor o menor capacidad para entender lo que el médico le está diciendo, situaciones que se deben reducir al máximo en la actividad del médico y del paciente.<sup>386</sup>

**6.4 Competencia**

Este concepto se presenta en la medicina con una articulación entre la psiquiatría y el Derecho. Sobre esta idea únicamente los pacientes competentes tienen el derecho o

<sup>385</sup> Lorda, Concheiro Carro, “El consentimiento informado: teoría y práctica”, 659-663.

<sup>386</sup> *Ibíd*

el deber de aceptar o rechazar un procedimiento es decir de lo propuesto por el médico, los incompetentes no gozan de este derecho por lo que otros tienen que tomar las decisiones por esa persona.<sup>387</sup>

### 6.5 Validez y autenticidad

Esta valoración es subsidiaria de la competencia, tiene relación con la escala de valores, ya que si un “sujeto voluntario, informado y competente toma una decisión, pero que va en contra de la escala de valores que esta persona ha defendido a lo largo de toda su vida, puede no ser en realidad auténtica”,<sup>388</sup> a manera de ejemplo se puede señalar una tomada de forma voluntaria, informada y competente, que puede no ser válida ya que fue tomada bajo un ataque de ira.<sup>389</sup>

Los presupuestos para la existencia del consentimiento informado son el titular, el tiempo, la forma y el objeto. Sobre el titular se puede manifestar que únicamente lo es el paciente, es quien ostenta este derecho y consiente la actuación médica si goza de capacidad.<sup>390</sup> Sobre los menores se presenta un amplio debate al respecto, Galán considera que “la intervención de representantes legales ha de ir encaminada a favorecer la salud del representado”,<sup>391</sup> en el Ecuador a los niños mayores de 12 años y los adolescentes se les tiene que dar a conocer verbalmente el procedimiento que se le va a realizar de forma sencilla, clara y cálida.<sup>392</sup>

El segundo es el tiempo, según el cual el consentimiento debe ser previo al acto médico que se va a llevar a cabo y tiene que subsistir durante el procedimiento, este consentimiento es revocable en cualquier momento, protegiéndose de esta forma la libertad y autonomía del paciente.<sup>393</sup> El tercero implica la forma, para la cual se requieren determinadas solemnidades, por ejemplo en el caso ecuatoriano si se va a realizar un procedimiento de riesgo mayor se necesita el consentimiento por escrito.<sup>394</sup> El cuarto es el objeto que hace referencia al mismo tratamiento y a los riesgos que emanan de él, sin

---

<sup>387</sup> Lorda, Concheiro Carro, “El consentimiento informado: teoría y práctica”, 659-663.

<sup>388</sup> *Ibíd.*

<sup>389</sup> *Ibíd.*

<sup>390</sup> Galán Cortés, “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”, 5-12.

<sup>391</sup> *Ibíd.*

<sup>392</sup> Ministerio de Salud Pública, “Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial”, *Ministerio de Salud Pública*, Ecuador, junio de 2017, [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP\\_Consentimiento-Informado\\_-AM-5316.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP_Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf).

<sup>393</sup> Galán Cortés, “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”, 5-12.

<sup>394</sup> Ecuador, *Acuerdo Ministerial 5316*, Registro Oficial 512, 22 de febrero de 2016.

comprender al resultado ya que este es aleatorio porque depende de factores internos y externos ajenos al médico.<sup>395</sup>

Teniendo clara la idea del objeto y el alcance del consentimiento informado es menester entender sus dos teorías que se pueden aplicar al mismo caso. Si se piensa que el valor importante del ejercicio de la medicina es el *bienestar del paciente*, se puede considerar que la toma de decisiones por parte de este pasa a un segundo plano, siendo correctas las acciones que propenden a su bienestar, busca únicamente resultados, es paternalista y la autonomía tiene marginal importancia.<sup>396</sup> Se coincide en que el derecho a la muerte digna es incompatible con este sistema paternalista ya que contradice los valores fundamentales, principios y reglas sobre los que se asienta el derecho a decidir terminar con la propia vida.

Sin embargo, si se entiende que la autonomía del paciente “es considerada como el principal valor ético, entonces es posible que en algunas circunstancias el paciente tome decisiones que no propician su bienestar”,<sup>397</sup> es la teoría que se orienta hacia “la acción y no hacia los resultados”,<sup>398</sup> debiéndose respetar *la voluntad de enfermo*, sea cual sea su decisión. Se cree que este es el sistema que se debe aplicar a la relación eutanasia-consentimiento informado, ya que, bajo este paradigma, la muerte digna y el consentimiento reconocen la valoración y los derechos del paciente sobre la decisión del médico o lo que este considere como adecuado para el paciente.

Con lo que no se concuerda del todo es con la afirmación de “decisiones que no propician su bienestar”, en contraste se cree que la propuesta verdadera de esta posibilidad es la de realizar acciones contrarias a lo que puede ser aceptable por ciertos sectores o hábitos de la sociedad (morales, religiosos, conservadores, costumbres, creencias etc.), pero esto no implica que *no propendan a su bienestar*, por el contrario se piensa que esta decisión autónoma a pesar de que sea contraria prácticas como la eutanasia o el suicidio medicamente asistido propende al bienestar del sujeto que ya no desea vivir por las condiciones con las que lleva su existencia al momento de tomar la decisión.

Radizando la esencia del derecho a la muerte digna y del consentimiento informado (en su segunda teoría) en considerar al paciente como un ser humano capaz de tomar sus propias decisiones con base en su situación real, blindando su valoración de

---

<sup>395</sup> Galán Cortés, “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”, 5-12.

<sup>396</sup> Lara, De la Fuente, “Sobre el consentimiento informado”, 439-443.

<sup>397</sup> *Ibíd.*

<sup>398</sup> *Ibíd.*

intromisiones del Estado o la sociedad y no como un simple usuario del sistema de salud a quien se tiene que, por sobre todo alargar su vida, sin interés su esfera personal con el pretexto de buscar su bienestar.

El Ecuador ha tomado el segundo modelo que propende a la autonomía del paciente, llamándolo *Modelo autonómico interpretativo*. Conforme el Ministerio de Salud Pública con la institución del consentimiento informado se busca del médico la “competencia técnica, comprensión humana y aceptación a la autonomía del enfermo”<sup>399</sup> y del enfermo “la autonomía para decidir y respeto a sus derechos”.<sup>400</sup> Propende a la autonomía del enfermo y obliga a establecer lo que prefiere el paciente, por lo tanto, la decisión ya no está centrada en el médico, siendo concordante con el argumento sostenido en la presente tesis.

En caso de presentarse un conflicto entre lo que es considerado adecuado para el médico y el enfermo, se resuelve respetando la voluntad del enfermo, tomando su decisión como la más adecuada, por lo que se acepta el preponderante valor de sus decisiones, ya que es él quien mejor conoce su condición, afirmación que coincide con los conceptos que se han venido desarrollando y sobre todo con el derecho a la muerte digna.

Se considera luego del estudio del consentimiento informado, que esta institución jurídica de aplicación en la medicina tiene una esencia de respeto a la voluntad del paciente por sobre la del médico, de la sociedad y del Estado, por lo que este razonamiento debe ser transportado a la medicina en general y no solo al consentimiento informado.

De esta forma se va a dejar de lado el sistema patriarcal que se mantiene en la administración de salud del Ecuador y llegar a uno que respete los valores, principios y reglas establecidos en la Constitución y que deben irradiar todo el ordenamiento jurídico y los funcionarios que actúan bajo el mismo.

## **7. El dilema de los pacientes que no pueden otorgar su consentimiento**

Para cerrar el segundo capítulo, se tratará el tema de las personas que no pueden manifestar su voluntad. En este caso la muerte digna y en general la práctica de la medicina se transforma en un problema complejo, que ha sido resuelto por diferentes legislaciones mediante fallos y regulación judicial. Se estudiarán las experiencias argentina y alemana para presentar la solución a este problema.

---

<sup>399</sup> Ecuador, *Acuerdo Ministerial 5316*, Registro Oficial 512, 22 de febrero de 2016.

<sup>400</sup> *Ibíd.*

La Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina resolvió el caso CSJ-376/2013 (49-D) /CS1 de una persona (Marcelo Diez) que sufrió un accidente de tránsito en 1994. Producto de este se encontraba por más de 20 años en un estado vegetativo (considerado como irreversible), sin posibilidad de recuperación. Su familia ejerció el órgano jurisdiccional para que cese de la hidratación y la alimentación enteral.<sup>401</sup>

Esta petición fue negada en dos instancias, no obstante, el Tribunal Superior de la Provincia de Neuquén aceptó la petición. Luego por ser recurrido este fallo llegó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación que tras de recibir estudios y opiniones en medicina y bioética de expertos confirmó el fallo.<sup>402</sup>

La corte consideró en primer lugar que no existían voluntades anticipadas de la persona que sufrió el accidente, por lo que ante la imposibilidad de conocer su voluntad resolvieron conocerla a través de las personas habilitadas legalmente, que en este caso eran sus hermanas. Se llegó este razonamiento basándose en lo establecido en la ley 24.193 de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos y la ley 26529 de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.<sup>403</sup>

La ley 26529 en su artículo 6 señala “en el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido”.<sup>404</sup>

Por su parte el artículo 21 de la ley 24.193 determina el orden jerárquico. En primer lugar se encuentra el cónyuge que no esté divorciado o la persona conviviente de no menos de 3 años, en segundo lugar cualquier hijo mayor de 18 años, en tercer lugar uno de los padres, y por ultimo algún hermano mayor de 18 años.<sup>405</sup> La corte basándose en estas disposición legal determinó que sus hermanas conocían la voluntad de la persona y entendió que de esta forma se hacía operativa la voluntad de este ya que una de ellas manifestó conocer lo que su hermano quería.<sup>406</sup> La corte ha tomado una norma que regula

---

<sup>401</sup> Jufejus, “El derecho del paciente -que no puede expresar su voluntad- a rechazar la prolongación de estados irreversibles: criterios recientes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y del Código Civil y Comercial,1.

<sup>402</sup> *Ibíd.*

<sup>403</sup> *Ibíd.*,7.

<sup>404</sup> Argentina, *Ley 26529 de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado*, 24 de mayo de 2012, art.6.

<sup>405</sup> Argentina, *Ley 24.193 de Trasplante de Órganos y Materiales Anatómicos*, 24 de marzo de 1993, art.21.

<sup>406</sup> Jufejus, “El derecho del paciente que no puede expresar su voluntad”,8.

otro aspecto (el trasplante de órganos) y la adecuado a la realidad que se presenta para concluir el caso.

Alemania también ha presentado soluciones para el supuesto en el que una persona producto de un padecimiento no puede expresar su consentimiento. Tietze manifiesta que el ejercicio de la autodeterminación de un paciente terminal puede presentar problemas si es que este no puede dar su consentimiento sobre un tratamiento que prolongue o salve su vida. Los avances tecnológicos han provocado que la muerte sea más ser lenta y angustiada. Este supuesto de imposibilidad de dar consentimiento puede presentarse por ejemplo en el caso de un paciente en coma.<sup>407</sup>

El no poder expresar su voluntad no implica que se extinga su derecho de autodeterminación. A pesar de que el paciente no puede exteriorizarlo, el médico no puede tomar decisiones sin tomar en cuenta la voluntad del enfermo. Debiendo el profesional de la salud actuar conforme *la voluntad presunta del paciente*,<sup>408</sup> la que está formada por “sus conceptos, ideas y deseos subjetivos”.<sup>409</sup>

Si la persona no puede dar su consentimiento lo tiene que hacer su representante (asistente), quien actuará en su lugar otorgando o negando el consentimiento. No obstante, los familiares no pueden ejercer este poder a menos que sean designados como representantes por el llamado *tribunal tutelar*.<sup>410</sup> Este tribunal reconoce como asistido “a una persona mayor de edad que no es capaz de regular sus asuntos a causa de una enfermedad física o mental”.<sup>411</sup>

Para nombrar al asistente, el juez en primer lugar tiene que dar una audiencia al afectado para obtener una impresión de sus capacidades disminuidas. Debe también escuchar a la autoridad administrativa, a los familiares y se necesita un dictamen médico que determine que es necesaria la designación de un asistente para su enfermedad. De esta forma (nombrando un asistente) se limita la actuación estatal a lo absolutamente necesario, cumpliéndose el principio de necesidad.<sup>412</sup>

Al ser nombrado asistente en materia de salud, la persona puede actuar tomar decisiones sobre las medidas sanitarias en nombre del paciente, sin embargo, estas no

---

<sup>407</sup> Andrea Tietze, “La autodeterminación del paciente terminal en el derecho alemán”, *Revista de derecho (Valdivia)* 15, n°2(2003):113-130. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-09502003000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502003000200005).

<sup>408</sup> *Ibíd.*

<sup>409</sup> *Ibíd.*

<sup>410</sup> *Ibíd.*

<sup>411</sup> *Ibíd.*

<sup>412</sup> *Ibíd.*

pueden ser arbitrarias sino únicamente sobre la “indicación del tratamiento que haga el médico. Si un tratamiento no es prescrito por el facultativo, el asistente no puede decidir sobre la cesación de ese tratamiento”.<sup>413</sup>

El asistente debe *orientarse* según la voluntad del paciente. Son nombrados regularmente familiares, esto se explica porque se cree que conocen de más cerca los valores y actitud del enfermo frente a un tratamiento médico y su posible cesación, se trata con esto de garantizar la autodeterminación del paciente en la mayor medida posible,<sup>414</sup> siendo este representante quien apruebe “la cesación del tratamiento médico que salva o prolonga la vida del paciente, si la enfermedad que sufre éste ha tomado un curso irreversible y letal.”<sup>415</sup>

Ecuador podría asimilar estas experiencias internacionales y desarrollar un reconocimiento integral del derecho a la muerte digna, no únicamente para las personas que pueden expresar su voluntad, sino también para aquellas que no, a través de una aproximación de lo que sería su voluntad y cumpliendo al máximo el principio de autodeterminación, lo que también frena la actuación patriarcal del Estado a través del sistema de salud.

En este capítulo se ha entendido que el derecho a la muerte digna es necesario para que las personas puedan tener dignidad al final de su vida, se ha hecho también un acercamiento a los procedimientos a través de los se plasma este derecho, siendo estos la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

De igual forma se han analizado las posiciones contrarias a este derecho, entendiendo que no son lo suficientemente fuertes como para impedir la institucionalización de la muerte digna. Se desarrolló el concepto de la objeción de conciencia que garantiza derechos tanto a pacientes cuanto a profesionales de la salud. Por último, se hizo un acercamiento al consentimiento informado que permite tomar decisiones en el ámbito de la salud con un conocimiento integral y al dilema de los pacientes que no pueden dar su consentimiento, demostrándose que no es un limitante.

Esto refuerza la posición que se ha mantenido a lo largo de la tesis que estriba en la idea de que un Estado debe garantizar el pleno ejercicio de los derechos a quienes consideren que su vida ha perdido dignidad utilizando como medio la institucionalización de este derecho como una solución a la problemática planteada en esta investigación.

---

<sup>413</sup> Andrea Tietze, “La autodeterminación del paciente terminal en el derecho alemán”, 113-130.

<sup>414</sup> *Ibíd.*

<sup>415</sup> *Ibíd.*



## **Capítulo tercero: Estructura del derecho a la muerte digna, experiencias internacionales y su tratamiento en el derecho penal**

Una vez que se ha reconocido la existencia del derecho a la muerte digna, su necesidad de inserción y su proyección a través de los procedimientos de eutanasia y suicidio medicamente asistido, en este capítulo se presentará un estudio que lo relacione con otros derechos, la base constitucional para su reconocimiento, su estructura, se darán a conocer también casos emblemáticos, experiencias internacionales de su regulación y se concluirá la tesis con el análisis de este derecho desde la esfera del derecho penal.

Todo este desarrollo permitirá llegar a conclusiones sobre el derecho fundamental a la vida digna, su vulneración en el Ecuador y su imperiosa necesidad de materialización en los casos de enfermedades terminales a través de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido para garantizar el ejercicio de múltiples derechos de los pacientes que han sido justificados.

### **1. El derecho a la muerte digna, su relación con los derechos y su estructura**

Una vez establecida la necesidad del reconocimiento del derecho, es necesario llevar el debate de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido a una esfera constitucional para determinar su alcance y estructura. Al no estar reconocidos estos procedimientos en la legislación nacional se tiene que establecer su connotación a partir de los valores, principios y reglas existentes en la norma suprema, así como en la doctrina y las experiencias internacionales.

Las constituciones contemporáneas (incluida la de Ecuador) “privilegian a determinados valores esenciales, ungidos en moral positiva del Estado”,<sup>416</sup> sobre los que tienen que cumplir su trabajo los legisladores y operadores judiciales. Es ahí donde este carácter axiológico entra en funcionamiento para la consecución de objetivos básicos.<sup>417</sup> En el caso ecuatoriano, la dignidad (como ya se ha mencionado) es el valor supremo, “fundamento y fin último del resto de valores y principios constitucionales”,<sup>418</sup> se erige

---

<sup>416</sup> Gregorio Peces Barba, citado en Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 16.

<sup>417</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 116-117.

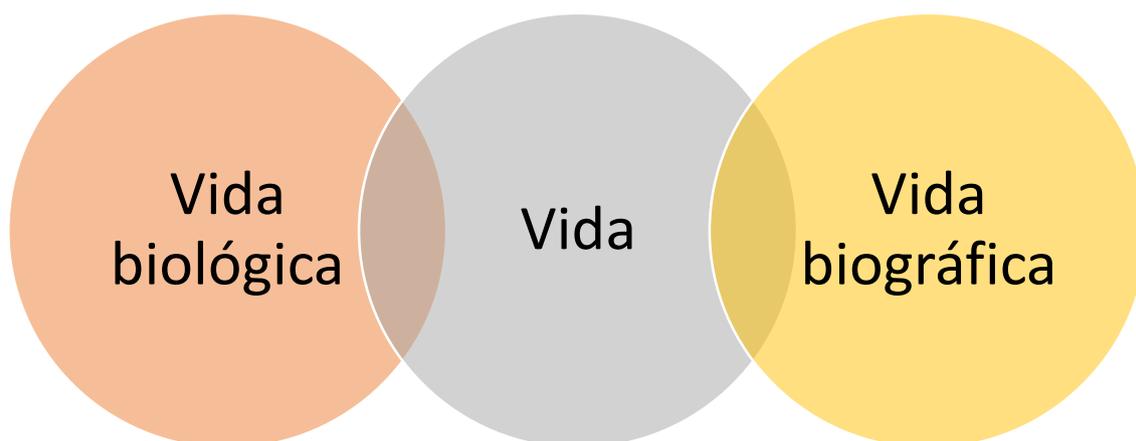
<sup>418</sup> Juan Carlos Riofrío, “Valor jurídico del preámbulo de la Constitución ecuatoriana vigente”, *Foro Revista de Derecho*, n.23(2015):23-52.

como la base para la garantía de los derechos (incluido el derecho a la vida y su limitación).

Un sector de la doctrina considera que las constituciones no conciben la protección a la vida únicamente en su sentido biológico, sino también la que dimana de la dignidad del ser humano,<sup>419</sup> por lo tanto la vida en su garantía goza de una doble dimensión. La *biológica* equivale a estar vivo, mientras que la *biográfica* implica tener una vida no solo biológica, sino una que encierra aspectos como libertad, dignidad, etc., condiciones que al desaparecer, llevan a que la vida se desvalore, y se vacíe de contenido, ya que la garantía constitucional se proyecta sobre ambas facetas.<sup>420</sup> La dignidad de la persona “ es la clave interpretativa del derecho a la vida en cualquiera de sus vertientes”.<sup>421</sup> Debiendo la vida plasmarse en un Estado constitucional de derechos de la siguiente forma

Gráfico 1

**La vida humana en el Estado constitucional de derechos**



Fuente: Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*. Elaboración propia

A más del reconocimiento de esta doble dimensión de la vida, en la norma suprema ecuatoriana se reconocen múltiples valores, principios y derechos sobre este caso de estudio siendo indispensables que se describan. En la siguiente tabla se presenta la base constitucional que ha sido desarrollada a lo largo de la tesis y sirve de base para entender que el derecho a la muerte digna se encuentra implícito en la Constitución:

<http://www.uasb.edu.ec/documents/62017/1512258/2015.+Valor+jur%C3%ADdico+del+pre%C3%A1mbulo+de+la+Constituci%C3%B3n+ecuatoriana+vigente.pdf/7348e7ce-96ff-4017-bbbe-e1e01fee48ba>.

<sup>419</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 140.

<sup>420</sup> *Ibíd.*, 142-145.

<sup>421</sup> Carmen Tomás-Valiente, citada en, Rey Martínez, *Eutanasia y derechos fundamentales*, 157.

Tabla 7

**Base constitucional para el reconocimiento del derecho a la muerte digna**

<b>Número</b>	<b>Tema</b>	<b>Parte de la Constitución</b>
<b>1</b>	La dignidad	Preámbulo
<b>2</b>	El reconocimiento de los derechos derivados de la dignidad	11.7
<b>3</b>	La autonomía	38, 47
<b>4</b>	La libertad	66
<b>5</b>	La vida digna	66.2
<b>6</b>	La integridad personal	66.3
<b>7</b>	La prohibición de tratos inhumanos o degradantes	66.3.c
<b>8</b>	El libre desarrollo de la personalidad	66.5
<b>9</b>	La objeción de conciencia sin vulnerar derechos de los demás	66.12
<b>10</b>	La obligación de adecuar las leyes a los derechos para garantizar la dignidad	84
<b>11</b>	El consentimiento informado	362

Fuente: Constitución de la República del Ecuador. Elaboración propia

El paradigma del Estado constitucional de derechos recogido en la Constitución de 2008 hace un amplio reconocimiento de normas que en su conjunto implican de forma principal la obligatoriedad de que los derechos se ajusten a la dignidad, se respete la vida digna, y se efectivice la garantía de que las personas puedan actuar conforme sus valores sin que su decisión pueda ser cuestionada por el Estado o la sociedad (siempre que no se vulneren derechos de terceros).

Se entiende también que las decisiones en el ámbito de la salud deben ser tomadas con información completa sobre el caso. Se recoge la posibilidad de que los derechos derivados de la dignidad de la persona se inserten en la legislación ecuatoriana a través de la obligación de los órganos con potestad jurisdiccional de adecuar los derechos derivados de la dignidad al ordenamiento jurídico nacional.

Siguiendo ese mismo orden de ideas, Luis Fernando Niño explica que, una vez reconocidos los bienes jurídicos en la Constitución, surge el problema de cómo armonizar esta estructura con el derecho a la vida cuando se presenta un conflicto, el que

(aparentemente) existe, ya que el conjunto de disposiciones que se presentan en favor de la vida digna, son incompatibles con la protección de la vida.<sup>422</sup>

Como primer criterio de solución a este problema, es necesario considerar que tanto la sociedad, cuanto el Estado tienen la obligación de respetar la dignidad, por lo que no se debe aplicar ninguna disposición que atente en contra de su esencia,<sup>423</sup> siendo incompatible con su garantía el establecimiento de condiciones que “de cualquier forma supongan desconocimiento, atentado y menoscabo a la dignidad”.<sup>424</sup> Laura de Vito, abogada de la Sociedad Holandesa del Derecho y Morir NVVE, en la entrevista realizada para la presente tesis señala que el pilar para estructurar el derecho a morir con dignidad es “the right to dignity, which is the base right of many human rights conventions”.<sup>425</sup>

Dworkin considera que la dignidad se constituye en un rasgo preponderante en la cultura política occidental, por medio de la cual, los seres humanos se enfrentan a situaciones sobre el valor y significado de sus vidas, con base en sus creencias y convicciones,<sup>426</sup> sumándose a esto los otros derechos mencionados.

Se hace necesario realizar la siguiente pregunta. Una persona digna, libre para desarrollar su personalidad,<sup>427</sup> autónoma, que goza de la garantía de prohibición de tratos inhumanos y degradantes, ¿Puede disponer de su vida cuando la prolongación de la misma entra en contradicción con su derecho fundamental a la vida digna?

Niño sostiene que la respuesta “a tales cuestiones dependerá de la postura a asumir en torno a la capacidad del individuo para disponer libremente de todos sus bienes, incluidos aquellos de mayor jerarquía filosófica y jurídica”<sup>428</sup> posición que en el caso ecuatoriano obviamente tiene que reflejarse en el catálogo de valores, principios y derechos a los que se ha referido a lo largo de la tesis. Para responder esta pregunta se tienen que analizar dos condiciones. La primera relativa al ordenamiento jurídico sobre

---

<sup>422</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 122.

<sup>423</sup> *Ibíd.*, 123-124.

<sup>424</sup> Jesús González Pérez, citado en, Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 85.

<sup>425</sup> Laura de Vito, Lawyer of Dutch Right to Die Society NNVE, entrevistada por el autor el 08 de octubre de 2019.

<sup>426</sup> Ronald Dworkin, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. Ricardo Caracciolo, Víctor Ferreres (Barcelona: Ariel, 1994), edición para Scribd, <https://es.scribd.com/document/239096452/Dworkin-Ronald-El-Dominio-de-La-Vida-Una-Discusion-Acerca-Del-Aborto-La-Eutanasia-y-La-Libertad-Individual-Ed-Ariel-1994>.

<sup>427</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 125.

<sup>428</sup> *Ibíd.*

el que se vaya a realizar el análisis, y la segunda sobre la forma en la que ese ordenamiento jurídico afianza la libertad de la persona.<sup>429</sup>

Como se observa, el reconocimiento del derecho a la muerte digna en el caso ecuatoriano tiene una implicación eminentemente constitucional. Rey Martínez menciona, “ni la Constitución (española), ni ninguna otra acuden expresamente a ella (eutanasia y auxilio médico al suicidio), esto no quiere decir que no haya una respuesta constitucional, lo que ocurre es que la interpretación deberá ser elaborada a partir de otros principios y reglas del texto”,<sup>430</sup> que es lo que se ha presentado en la tabla 7.

En la actualidad, las personas disponen de muchas formas del bien jurídico protegido vida, las que se encuentran socialmente aceptadas, entre las que se encuentran “los deportes de alta montaña, las profesiones riesgosas, las operaciones quirúrgicas con finalidad plástica o reparadora, son solo algunos ejemplos”<sup>431</sup> de los peligros a los que voluntariamente se someten los seres humanos día con día.

Por lo que, si la vida es un bien relativamente disponible, ¿Qué impide que se liberen ciertos actos que la afectan, como los procedimientos de muerte digna? <sup>432</sup> Para solventar esta interrogante, Niño establece tres posiciones diferentes. La primera hace referencia a concebir a la vida como un derecho obligatorio e irrenunciable, la segunda determina que el derecho a la vida es un derecho de ejercicio discrecional, por lo que, si hay un derecho a vivir, tiene que existir su equivalente a morir. El tercero considerado antipaternalista determina que la vida es un derecho discrecional, no es disponible únicamente la vida, sino también el derecho a la vida.<sup>433</sup>

Para el citado autor, la segunda perspectiva es la más adecuada, si “hay derecho a vivir, lo hay también a morir. Así como el derecho a vivir impone a los demás el deber de no matarme y aun el de salvarme, el de morir les impondría el de no interferir en mi decisión, salvo para verificar si es voluntaria. Conforme esta posición puedo ejercer el derecho a morir de propia mano o renunciarlo ante alguien determinado”,<sup>434</sup> la investigación se adscribe a esta posición.

---

<sup>429</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 127.

<sup>430</sup> Fernando Rey Martínez, *Eutanasia y derechos fundamentales* (Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales, 2008), 81.

<sup>431</sup> Berdugo Gómez de la Torre, citado en Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 127-128.

<sup>432</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 128.

<sup>433</sup> *Ibíd.*, 128-129.

<sup>434</sup> *Ibíd.* 129.

Es entonces aceptable que en un Estado se reconozca el “derecho a morir como correlativo del derecho a la vida, pero condicionado a que se ejerza de propia mano”,<sup>435</sup> tomando en cuenta la llamada presunción natural de la voluntad de conservación, que no niega el derecho a la disposición, sino la entrega a quien es su verdadero titular.<sup>436</sup>

Aporta importantes argumentos a la discusión, el brief del amicus curiae presentado en los años 90 por los filósofos morales Ronald Dworking, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scanlon y Judith Jarvis en los casos “State of Washington v. Harold Glucksberg” y “Dennis C. Vacco, Attorney General of New York v. Timothy E. Quill” relativos a los procedimientos para morir con dignidad:

These cases do not invite or require the Court to make moral, ethical or religious judgments about how people should approach or confront their death or about when it is ethically appropriate to hasten one's own death or to ask others for help in doing so. On the contrary, they ask the Court to recognize that individuals have a constitutionally protected interest in making those grave judgments for themselves, free from the imposition of any religious or philosophical orthodoxy by court or legislature. States have a constitutionally legitimate interest in protecting individuals [...] But states may not deny people in the position of the patient-plaintiffs in these cases the opportunity to demonstrate, through whatever reasonable procedures the state might institute [...] that their decision to die is indeed informed, stable, and fully free. Denying that opportunity to terminally-ill patients who are in agonizing pain or otherwise doomed to an existence they regard as intolerable could only be justified on the basis of a religious or ethical conviction about the value or meaning of life itself.<sup>437</sup>

El argumento encierra aspectos que permiten recabar elementos importantes sobre el derecho a morir dignamente. El primero obliga a entender el trabajo de los jueces, el que debe deslindarse de juicios morales, éticos o religiosos, concentrándose en entender y resolver la solicitud de muerte de una persona que ya no goza de dignidad en su vida.

El segundo estriba en la idea de que los jueces deben declarar los límites entre el Estado y el individuo. El primero (Estado) debe únicamente asegurarse que la decisión de la persona sea tomada de forma libre y sin coacciones, mientras que al segundo (individuo) se le debe asegurar la libertad de acción sobre su condición. Por último, se establece que esta decisión de morir de las personas no puede ser limitada por una visión religiosa o ética de los jueces o del Estado, en otra parte del documento se señala:

---

<sup>435</sup> Niño, *Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales*, 130

<sup>436</sup> *Ibíd.*

<sup>437</sup> The Philosophers Brief, “State of Washington v. Harold Glucksberg, Dennis C. Vacco, Atorney General Of Ner York v Timothy E. Quill”, *The Bridge*. Accedido el 10 de septiembre de 2019. <https://cyber.harvard.edu/bridge/Philosophy/philbrf.htm>.

Certain decisions are momentous in their impact on the character of a person's life--decisions about religious faith, political and moral allegiance, marriage, procreation and death, for example. Such deeply personal decisions reflect controversial questions about how and why human life has value. In a free society, individuals must be allowed to make those decisions for themselves, out of their own faith, conscience and convictions.<sup>438</sup>

Luego de diferenciar entre los roles que tiene que cumplir el Estado y el individuo dentro de una sociedad democrática, se reconoce como una realidad las diversas decisiones que toma el sujeto a lo largo de su vida. En una sociedad que respeta las libertades, se tiene que permitir a las personas tomarlas conforme sus convicciones y juicios propios, sin interferencias que no sean aceptadas por la persona, en el ejercicio de sus derechos.

Por lo tanto, cada persona goza del derecho de tomar “the most intimate and personal choices central to personal dignity and autonomy. That right encompasses the right to exercise some control over the time and manner of one's death.”<sup>439</sup> Lo que demuestra la relevancia de la dignidad y la autonomía no únicamente en sociedades como la ecuatoriana, sino también en otras, que han desarrollado ampliamente criterios como el que se presentan en la tesis. Entonces, “la vida no es de nadie, ni del Estado, ni de los demás hombres, ni de Dios, sino del propio titular que, por tanto, dispone de ella tanto en sentido positivo como negativo”<sup>440</sup> siendo esta argumentación una aproximación al derecho a la muerte digna.

Encierra una facultad de decisión sobre los aspectos que atañen a la propia muerte, que se expresa a través de un conjunto de facultades que permiten la decisión en el individuo, liberándolo de injerencias, dejando de ser un objeto pasivo de la familia, la técnica o los profesionales de la salud (respetándose sus intereses y valores).<sup>441</sup>

Apoya esta posición Laura de Vito señalando “I think any person has the right to end his life. I don't see life as a sanctual, neither as belonging to community, so then it does only belong to the person who carries it. This means that the decision to end his life, is only up to him. Whatever may be the reasons behind it”.<sup>442</sup>

---

<sup>438</sup> The Philosophers Brief, “State of Washington v. Harold Glucksberg, Dennis C. Vacco, Atorney General Of Ner York v Timothy E. Quill”, *The Bridge*. Accedido el 10 de septiembre de 2019. <https://cyber.harvard.edu/bridge/Philosophy/philbrf.htm>.

<sup>439</sup> *Ibíd.*

<sup>440</sup> Ana María Marcos, citada en Rey Martínez, *Eutanasia y derechos fundamentales*, 160.

<sup>441</sup> Víctor Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones* (Madrid: Editorial Trotta, 2002), 51-53.

<sup>442</sup> De Vito, Lawyer of Dutch Right to Die Society NNVE.

Reconoce la entrevistada la existencia de un derecho a morir, determina que la vida no es sagrada, pero lo más importante que menciona es que la vida no pertenece a la comunidad sino únicamente a la persona, por lo que independientemente del contenido de sus decisiones, estas tienen que ser respetadas. Sostiene además que el derecho base para estructurar ese derecho, es la dignidad.<sup>443</sup>

Configurándose en el caso ecuatoriano la base para el reconocimiento del derecho a la muerte digna por la convergencia de los valores de dignidad y libertad, los derechos a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad, a la integridad, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, la condición de calidad de vida y el ejercicio de la autonomía.

Conforme el análisis del sistema jurídico nacional y con base en los diferentes valores, principios y derechos que se han expuesto, se considera que el derecho a la muerte digna se encuentra implícito en la legislación ecuatoriana, por lo que propone su estructura, siguiendo los parámetros establecidos por Méndez Baiges.

Tabla 8

**Estructura del derecho a morir con dignidad**

<b>a)</b>	Derecho a rechazar toda decisión ajena que lleve a una muerte no deseada.- Consiste en la facultad de la que gozan las personas (deviene de la prohibición de asesinar).
<b>b)</b>	Derecho a morir con toda serenidad y con dignidad humana.- Cuando el proceso de morir ya ha iniciado no se puede tratar a la persona como un objeto, debe respetarse su libertad.
<b>c)</b>	Derecho a rechazar el encarnizamiento terapéutico.- Consiste en la posibilidad que tiene el paciente para oponerse a todo procedimiento extraordinario, desproporcionado o peligroso, independientemente que producto del rechazo la vida del paciente se acorte.
<b>d)</b>	Derecho a rechazar cualquier tratamiento médico.- Aun en el caso de que conduzca a la muerte, se incluye el derecho a rechazar los procedimientos que ya han sido iniciados.
<b>e)</b>	Derecho a manifestar voluntades anticipadas sobre el proceso de morir con carácter vinculante para terceros.- A través de las que se entregan instrucciones sobre lo que el sujeto admitirá y lo que no en el supuesto en el que no se encuentre capaz de tomar una decisión bajo el punto de vista médico.
<b>f)</b>	Derecho a obtener un tratamiento paliativo del dolor durante el proceso de morir.- Tiene por objeto calmar el padecimiento a pesar de que genere dependencia o se adelante el proceso de muerte.
<b>g)</b>	Derecho a determinar el momento de la propia muerte. - El que se conoce como el de disponer de la vida propia, que engloba el auxilio médico para el suicidio (que personal médico le asista

<sup>443</sup> De Vito, Lawyer of Dutch Right to Die Society NNVE.

---

y ayude) y el concerniente a la eutanasia. (que el personal médico acabe con la vida). En ambos casos el personal médico puede ser público o privado.

---

Fuente: Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*. Elaboración propia.

La tabla precedente garantiza el derecho de los pacientes a decidir las cuestiones relativas a su salud, independientemente de intervenciones de la sociedad o el Estado. Se determina que estas 7 partes son indispensables para su ejercicio porque van desde el derecho a rechazar toda muerte que no sea deseada por la misma persona hasta la posibilidad de terminar el momento de la propia muerte. Estas 7 piezas del derecho se constituyen en una verdadera garantía del ejercicio del derecho fundamental a la vida digna y la libertad del paciente.

Por lo tanto, se puede afirmar que el derecho a morir es “la facultad legalmente concedida al individuo para poder determinar por sí mismo el momento y la manera del final del proceso de morir”,<sup>444</sup> es un derecho que ampara “la decisión racional de morir de una persona que sufre una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”,<sup>445</sup> por lo que la ley debe sancionar los atentados a la vida deseada, pero no a la que ya no se desea, por falta de lesividad al bien jurídico.<sup>446</sup>

A manera de conclusión se señala que en una vida deteriorada por un grave padecimiento se esfuma la garantía del derecho a la vida (no subsisten las dimensiones biológica y biográfica en conjunto), pero surge el derecho a la muerte digna, el que no es consecuencia del derecho a la libre disposición, sino deviene de la imposibilidad de recuperar la dignidad en la vida, siendo vida y dignidad inseparables.<sup>447</sup> La entrevistada, sostiene que el derecho a la muerte digna “it is also seen a human right, by the European Court of Human Rights, declared in the case on Haas”,<sup>448</sup> el que fue resuelto en 2011.<sup>449</sup>

---

<sup>444</sup> Méndez Baiges, *Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones*, 57.

<sup>445</sup> España, *Código penal*, BOE, 24 de noviembre de 1995, art.143

<sup>446</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*,141.

<sup>447</sup> *Ibíd.*,147.

<sup>448</sup> De Vito, Lawyer of Dutch Right to Die Society NNVE.

<sup>449</sup> Ernest Haas, un ciudadano suizo que padecía un trastorno afectivo bipolar durante muchos años, cometió dos tentativas de suicidio y fue sometido a internamientos psiquiátricos. El sujeto se hizo miembro de Dignitas (asociación que ofrece asistencia al suicidio) y acudió allá considerando que su vida ya no gozaba de dignidad. Con el objeto de obtener una prescripción de pentobarbital sódico (medicación que le causaría la muerte) consultó con varios psiquiatras, quienes se opusieron a la prescripción médica. A través de Dignitas solicitó (2005) a diversas autoridades el permiso para obtener la substancia sin prescripción médica. Su solicitud fue desestimada por la Oficina Federal de Salud Pública por considerar que era indispensable la prescripción. La Dirección de Salud del Cantón Zúrich rechazó la petición por las mismas causas. El Tribunal Administrativo del Cantón Zúrich también desestimó la solicitud por lo mismo. En diciembre de 2005 el Departamento Federal del Interior, inadmitió un recurso presentado en contra de

Siendo la garantía de esto la posibilidad que el Estado permita a los pacientes el ejercicio de este derecho, adecuándose su actuación al Estado constitucional de derechos.

## **2. Tratamiento de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido en diferentes legislaciones**

Luego de tener clara la connotación del derecho a morir dignamente, los procedimientos a través de los cuales se manifiesta, su estructura y presentar su concepción, en este subtema se analizará la regulación que algunos países han realizado sobre la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

Este acercamiento permitirá entender las experiencias internacionales y establecer la base para el estudio de casos emblemáticos, los que en conjunto han permitido que esta institución evolucione y se posicione como una verdadera garantía para que los pacientes con enfermedades terminales decidan morir con dignidad y serenidad.

### **2.1 Estados Unidos de América**

En este país lo referente a los procedimientos de muerte digna, no han quedado solventados del todo, ya que no existe una estructura normativa al respecto, por lo que su aplicación se resuelve mediante procesos judiciales.<sup>450</sup> Con excepción de Oregon, California, Montana, Vermont y Washington en los que existe regulación (permiten el suicidio asistido).

A partir del caso de Karen Quinlan, (se desarrollará en el siguiente subtema) la eutanasia entró en debate. En 1977, 13 estados regularon la posibilidad de no ser

---

la Oficina Federal de Salud Pública por no tratarse de un caso urgente. El ciudadano apeló ante el Tribunal Federal lo resuelto por el Departamento Federal del Interior y el Tribunal Administrativo del Cantón de Zúrich sosteniendo que el artículo 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos garantiza el derecho a decidir sobre la propia muerte. Ambos recursos fueron rechazados por el tribunal. En 2007 la persona envió una carta a 170 psiquiatras pidiendo que se le realice una pericia y se le permita obtener el medicamento, sobre lo que no existieron respuestas favorables. Por todo esto Haas presentó un recurso ante la Corte Europea de Derechos Humanos contra Suiza, determinando que se ha violado el artículo 8 de la Convención ya que no se permitió ejercer su derecho a decidir el momento y manera de morir, argumentó también que en un caso excepcional (como el suyo) los medicamentos deberían estar garantizados y que el pentobarbital es el único método para morir con dignidad, rapidez y sin dolor. La corte luego de su deliberación, reconoció que no existía violación del artículo citado ya que que el objetivo de los requisitos (prescripción médica) es el de proteger a las personas de una decisión precipitada. Señaló además que cuando un país adopta una postura liberal se imponen medidas para prevenir abusos, por último, consideró que incluso suponiendo que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas para facilitar un suicidio digno, en el caso en concreto, Suiza no violó ninguna obligación en el caso en concreto. Corte Europea de Derechos Humanos, “Haas c. Suiza”, 20 de enero de 2011. <https://www.csjn.gov.ar/dbre/Sentencias/cedhHaas.html>.

<sup>450</sup> Francisco Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal* (Bogotá: Ediciones Nueva Jurídica, 2008), 91.

mantenido con vida por medios artificiales a través de un testamento vital. Los estados, las leyes y jurisprudencia se han pronunciado a favor de la eutanasia pasiva (dejar morir).<sup>451</sup>

La base para el reconocimiento del derecho a morir, ha sido el derecho a la intimidad y a la libre disposición del propio cuerpo. En el supuesto que la persona manifiesta su deseo, no hay mayor problema, no obstante es diferente cuando el individuo no puede expresarlo.<sup>452</sup>

El problema de la falta de directrices legislativas ha hecho que los centros médicos acudan a la justicia para resolver los casos en concreto.<sup>453</sup> Farfán Molina señala “no obstante de los desacuerdos sobre aspectos puntuales, lo cierto es que la eutanasia pasiva está admitida en EE.UU, a diferencia de la eutanasia activa que se encuentra proscrita”.<sup>454</sup>

Caso diferente a lo que se ha analizado, sucedió en el estado de Oregon con la ley “The Oregon Death with Dignity act” aprobada en los plebiscitos de 1994 y 1997, que faculta a las personas adultas y capaces a solicitar por escrito a su médico la terminación de su vida, siempre que se le haya diagnosticado una enfermedad terminal, además deben quedarle menos de seis meses de vida y ser el solicitante mentalmente competente.<sup>455</sup>

La ley establece requisitos, procedimientos y garantías para que la decisión del paciente sea tanto voluntaria cuanto informada. El médico principal debe informar el diagnóstico, pronóstico, alternativas, etc., también tiene que enviar al paciente a otro médico quien confirma el diagnóstico,<sup>456</sup> si existe sospecha de problemas psicológicos, debe ser tratado por un psicólogo o psiquiatra, no pudiéndole recetar los medicamentos hasta que este último lo autorice. Leyes similares fueron rechazadas en Washington(1991) y California (1992).<sup>457</sup> Este país ha legalizado el suicidio asistido en los estados de Oregon (1997), Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013) y California (2015).

## 2.2 Colombia

En el caso colombiano, el artículo 11 de la Constitución señala “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”,<sup>458</sup> lo que prima facie estructuraría el ámbito

<sup>451</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*,91-93.

<sup>452</sup> *Ibíd.*,93-94.

<sup>453</sup> *Ibíd.*,95.

<sup>454</sup> *Ibíd.*

<sup>455</sup> Robert Baird, citado en Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*,105.

<sup>456</sup> *Ibíd.*

<sup>457</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*,105-107.

<sup>458</sup> Colombia, *Constitución Política de Colombia*, Gaceta Constitucional, 20 de julio de 1991, art.11.

para este derecho, se suma a esto el hecho de que no se determinan pautas para solucionar conflictos con otros principios. Al no existir ley expresa, los casos se resolvían (hasta antes de 2015) con la interpretación ponderada de principios, valores y derechos.<sup>459</sup>

La resolución 13437 del Ministerio de Salud (1991), reconoció el derecho del enfermo a rechazar tratamientos médicos, así como el respeto de su voluntad en la fase terminal (en este caso estaba prohibida la eutanasia activa).<sup>460</sup> Esto cambió con la sentencia C-239 de 1997 ya que si un enfermo terminal voluntariamente solicitaba la muerte, existía ya una causal de justificación por el consentimiento de la víctima.<sup>461</sup>

En el caso de la eutanasia pasiva, la misma Corte Constitucional la ha aceptado, señalado la imposibilidad de imponer tratamientos contra la voluntad del paciente (sentencia T-493-1993) ya que esta imposición desconocería el mandato constitucional del artículo 16<sup>462</sup> que hace referencia al libre desarrollo de la personalidad.

Por lo tanto, la eutanasia pasiva goza de reconocimiento constitucional basándose en el derecho a rechazar tratamientos, estando pendiente la activa.<sup>463</sup> En la sentencia C-239 de 1997 al reconocer la eutanasia, se determinó que 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.<sup>464</sup>

Los requisitos para la muerte digna eran los siguientes, “a) que el sujeto fuera un enfermo terminal, b) que estuviera bajo intenso sufrimiento o dolor, c) que hubiera solicitado de manera libre y en uso de sus facultades mentales la realización del procedimiento y, d) que dicho procedimiento lo realizara [...] un médico”.<sup>465</sup>

<sup>459</sup> Farfán Molina, *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*, 129.

<sup>460</sup> *Ibíd.*, 130.

<sup>461</sup> *Ibíd.*

<sup>462</sup> *Ibíd.*, 130-131.

<sup>463</sup> *Ibíd.*, 132.

<sup>464</sup> Corte Constitucional de Colombia, “Sentencia 20 de mayo de 1997”, C-239/97, Homicidio por piedad- ELEMENTOS/ Homicidio piestístico o eutanásico/ homicidio eugenésico 20 de mayo de 1997, 2. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>.

<sup>465</sup> Eduardo Díaz Amado, “La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas”, *Revista de Bioética y Derecho, Perspectivas Bioéticas*, n.40(2017):125-140. <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n40/1886-5887-bioetica-40-00125.pdf>.

Como señala Díaz Amado, existió una zona gris desde 1997 (sentencia C-239) hasta 2015, ya que pesar de que se exhortó al congreso a que regulara el tema, esto no sucedió, la eutanasia estuvo despenalizada por la corte, pero no existía marco legal, por lo que las instituciones de salud no quisieron realizarlo, quedando en manos de médicos que decidían sobre el aspecto. En diciembre de 2014 surge una nueva sentencia de la corte (T-970), en la que se reafirmó que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, disponiendo al Ministerio de Salud que emita una guía para la eutanasia.<sup>466</sup>

Expidiéndose en 2015 el Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia.<sup>467</sup> En el mencionado instrumento se establecen los siguientes requisitos: 1. Condición médica, se tiene que determinar el estado terminal <sup>468</sup> de la persona, 2. Se tiene que determinar que el sufrimiento es intolerable, 3. La indicación de las terapias que ha recibido así como el acceso a un especialista en dolor y cuidado paliativo, 4. La persistencia en la solicitud explícita, (si es que esta se mantuvo 25 días mínimo), si es voluntaria y libre de influencia, 5. Un psiquiatra o psicólogo debe evaluar la posibilidad para tomar decisiones del solicitante, si fue bien considerada, establecer si hay trastornos mentales o merma en la capacidad de toma de decisiones. 6. El comité científico interdisciplinario evalúa los anteriores requisitos, debe ser independiente del médico tratante, y 7. Tanto el médico como el comité deben valorar con base en la historia clínica, la solicitud, el examen al solicitante, las conversaciones con familia o con otros médicos <sup>469</sup> para dar paso a la eutanasia, Entre 2015 y marzo de 2018, 40 pacientes se han sometido al procedimiento.<sup>470</sup>

El 09 de marzo de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la reglamentación para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de niños, niñas y

---

<sup>466</sup> Eduardo Díaz Amado, “La despenalización de la eutanasia en Colombia:125-140.

<sup>467</sup> El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, cumpliendo lo dispuesto por la sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional en la que se le emitía la orden de “sugerir un protocolo médico que sirva como guía para los médicos el cual será discutido por expertos de distintas disciplinas y que será referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir con dignidad”, expidió en 2015 el Protocolo del Procedimiento de la Aplicación de la Eutanasia, documento que se constituye en la base para que este procedimiento sea aplicado en Colombia.

<sup>468</sup> El Protocolo para la Aplicación del Procedimiento de Eutanasia en Colombia define al enfermo terminal como aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada, avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

<sup>469</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia 2015*, Colombia, 20 de abril de 2015, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>.

<sup>470</sup> Santiago Torrado, “Colombia reglamenta la eutanasia para niños y adolescentes”, *El País*, 11 de marzo de 2018, 2.

adolescentes, en el que se establecen requisitos para la eutanasia de adolescentes y excepcionalmente para niños entre 6 y 12 años.<sup>471</sup>

Desde que en 2015 se reguló la eutanasia, 40 pacientes se han sometido al procedimiento<sup>472</sup> y al 03 de septiembre de 2018 aproximadamente 40 más estaban en lista de espera.<sup>473</sup> Si en un país tan similar a este, el derecho a la muerte digna es ejercido, se demuestra que el sufrimiento de los enfermos y su deseo de morir es una realidad latente y su necesidad de regulación inminente.

### 2.3 Holanda

Holanda ha sido pionera en el reconocimiento de la eutanasia. Luego de sentencias judiciales (de homicidio consentido), y de intensos debates, la legalizó con una reforma a la ley penal (2002) que introdujo las causas de justificación establecidas por las sentencias.<sup>474</sup> En este país es considerada eutanasia tanto la que la ejecuta el médico, cuanto la ayuda al suicidio.

En 1973 el Tribunal de Leuwarden expide una resolución que se conoce como la primera en justificar la eutanasia, en la que una médica era acusada de causar la muerte de su madre al aplicarle una inyección de morfina. A pesar de que la sentencia fue condenatoria, se desarrollaron las condiciones para excluir la sanción por eutanasia o suicidio medicamente asistido,<sup>475</sup> siendo estas: “1. Que se trate de un paciente que haya entrado en la última fase de una enfermedad, 2. Que padezca un dolor insoportable, 3. Que la ayuda sea prestada por un médico, 4. Que el paciente le solicite la ayuda por escrito”.<sup>476</sup>

La segunda sentencia se dio en diciembre de 1981 en la que una mujer que creía tener cáncer solicitó a la Asociación Neerlandesa para la Eutanasia voluntaria que le ayudara a suicidarse. Una persona sin ser médico le suministró pastillas, lo que le produjo la muerte. La sentencia también fue condenatoria pero introdujo cuestiones como que la ayuda al suicidio no puede ser condenable en circunstancias como: padecimiento físico o

---

<sup>471</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución 00000825 de 2018, Colombia*, 09 de marzo de 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>

<sup>472</sup> Torrado, “Colombia reglamenta la eutanasia para niños y adolescentes”, 3.

<sup>473</sup> Javier Jules, “Por objeción de conciencia aumentan pacientes que esperan eutanasia en Colombia”, *NCN*, 03 de septiembre de 2018, 1.

<sup>474</sup> Carmen Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria* (México. D.F.: Distribuciones Fontanamara, S.A, 2004), 191.

<sup>475</sup> Urofski, citado en Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 192.

<sup>476</sup> Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 192.

psicológico irreversible, decisión de morir, conocimiento de la situación y alternativas, no tener perspectivas de mejora, que la muerte no cause sufrimiento innecesario a terceros, que un médico debe ser parte de la decisión, etc.<sup>477</sup>

La tercera decisión fue expedida el 21 de junio de 1994 sobre una mujer cuyo primer hijo se suicidó, el segundo murió de cáncer, ella fracasó en un intento de suicidio, por lo que pidió ayuda a la Asociación Holandesa para la Eutanasia Voluntaria siendo atendida por el psiquiatra Chabot, quien luego de múltiples conversaciones con familiares, colegas e intentos de persuasión a la mujer, en 1991 le proporcionó drogas letales que ingirió, considerando el tribunal que bajo determinadas circunstancias la ayuda al suicidio y la eutanasia pueden ser justificadas, el tribunal condenó pero rechazó imponer penas o medidas de seguridad.<sup>478</sup>

La regulación empezó con el informe de 1985 de la Comisión estatal para el estudio de la eutanasia, se proponía una reforma al código penal estableciendo una causa de justificación para el homicidio consentido y asistencia al suicidio. En el mismo año se presentó otro proyecto por los Demócratas 66 y en enero de 1986 por parte del gobierno. El Consejo de estado se pronunció en 1986 oponiéndose a su regulación por razones como la vaguedad de *situación insoportable* o *insostenible*. En 1987 el gobierno presenta un nuevo proyecto sobre las reglas de cuidado que debían seguir los médicos para la eutanasia, pero también fue rechazada.<sup>479</sup>

Luego de un acuerdo entre el gobierno y la asociación de médicos, se expide la orden ministerial de los procedimientos de notificación de eutanasia, con un control posterior de fiscal quien podría renunciar a la acusación si el médico cumplía todos los requisitos.<sup>480</sup>

En 1994 se entra en vigencia el decreto que desarrolla el artículo 10 de la Ley de inhumaciones en el que se regula la notificación de los médicos en los casos que hayan puesto fin a la vida de un paciente. El 28 de noviembre de 2000 la Cámara Baja aprueba la proposición de la ley reguladora de la verificación de la terminación de la vida a petición del sujeto y del auxilio al suicidio, en 2001 es aprobada por la Cámara Alta, entrando en vigencia en abril de 2002. Esta ley modifica el código penal al introducir una

---

<sup>477</sup> Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 193-194.

<sup>478</sup> *Ibíd.*, 194-196.

<sup>479</sup> Van Kalmthout, citado en Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 198-199.

<sup>480</sup> Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 199-200.

causa de exención de la responsabilidad, cuando haya sido realizada por un médico que observe los requisitos de la ley.<sup>481</sup>

Las normas que deben ser observadas por el médico para cumplir la causa de exención son: estar seguro que la solicitud es voluntaria y seria, llegar al convencimiento de que el sufrimiento es insoportable sin mejora, informar al paciente sobre su situación y futuro, llegar a la conclusión de que no hay otra solución razonable, consultar con otro médico, y debe aplicarse la eutanasia y el auxilio al suicidio con el máximo cuidado. También puede atender la solicitud de un mayor de 16 años que ya no está en capacidad de manifestar su voluntad, pero redactó una solicitud cuando estaba capaz. Puede el médico colaborar en una solicitud de un paciente entre los 16 y los 18 años cuando considere que puede hacer una valoración de su situación, y que un familiar, tutor etc., haya participado en la decisión. En el caso de las personas entre 12 y 16 años se aplicará si están en condiciones esta valoración y si sus padres o tutor están de acuerdo.<sup>482</sup> Todos estos requisitos constan en su Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.<sup>483</sup>

## 2.4 Bélgica

Este ha sido el segundo país en despenalizar la eutanasia voluntaria activa en Europa luego de Holanda, a través de la ley que fue aprobada por el Parlamento Belga en 2002 y entró en vigencia en septiembre del mismo año. Según el artículo 2 es “el acto practicado por un tercero que pone intencionalmente fin a la vida de una persona a petición suya”.<sup>484</sup>

Los requisitos establecidos son los siguientes: La persona que la realiza debe ser un médico, el paciente tiene que ser mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente al formular la solicitud, la petición debe ser realizada de forma voluntaria, razonada y reiterada, el paciente debe encontrarse en situación de no recuperación con un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible.<sup>485</sup>

---

<sup>481</sup> Van Kalmthout, citado en Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 200-202.

<sup>482</sup> Derecho a morir dignamente, Asociación Federal, “Ley de eutanasia de Países Bajos”, *Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente*, 11 de octubre de 2019, art.2, <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>.

<sup>483</sup> *Ibíd.*

<sup>484</sup> Bélgica, *Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia completada por la ley del 10 de noviembre de 2005*, art.2.

<sup>485</sup> *Ibíd.*, art.3.

El médico debe: informar al paciente sobre su estado de salud y pronóstico, dialogar sobre la eutanasia y posibilidades terapéuticas, llegar junto con él a la conclusión de que no hay otra salida, determinar que el sufrimiento es permanente y la voluntad reiterada. Tiene que consultar con otro médico sobre el caso, la solicitud tiene que hacerse por escrito, pudiendo ser revocada en cualquier momento.<sup>486</sup>

Conforme el artículo ibídem 14 la muerte producto de la eutanasia será considerada como una muerte natural.<sup>487</sup> El artículo 5 dispone que el médico debe entregar en el término de 4 días el registro de lo realizado a la Comisión federal de control y evaluación, la que revisará el cumplimiento de todos los requisitos, si consideran los dos tercios de sus miembros que las condiciones no han sido cumplidas, debe enviar al fiscal.<sup>488</sup>

## 2.5 Suiza

En Suiza la eutanasia no está permitida, no obstante, desde 1941 producto de un vacío legal se permite el suicidio medicamente asistido, se deriva del derecho de las personas a decidir, independientemente de su estado de salud<sup>489</sup> cuando se da por motivos no egoístas.<sup>490</sup> A diferencia de Oregon, Bélgica y Holanda, no es necesaria la ayuda por parte de un médico.<sup>491</sup>

En la ley penal suiza existe una solución que se ubica entre la impunidad y la persecución respecto de la ayuda al suicidio, ya que, si bien criminaliza la asistencia para el suicidio cuando producto de la finalización de la vida de otra persona se obtiene algún beneficio, material o por necesidades afectivas como el odio, el desprecio la venganza, por otro lado, limita su punibilidad cuando se produce por motivos no egoístas. Se reconoce también al médico que tiene una relación personal con el paciente el derecho de proporcionarle la ayuda para el suicidio,<sup>492</sup> los grupos que ayudan al suicidio son muy importantes en Suiza, Exit y Dignitas.

---

<sup>486</sup> Bélgica, *Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia completada por la ley del 10 de noviembre de 2005*, art.3.

<sup>487</sup> *Ibíd.*, art.14.

<sup>488</sup> *Ibíd.*, art.5.

<sup>489</sup> Mercedes Martínez León, Paula Asencio Vilahoz, Camino Martínez, Henar Torres Martín, Daniel Queipo Burón, “Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la Unión Europea”, *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, n.51. (2014):129-139. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/23864/ARAMCV-2014-51-analisis-etico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

<sup>490</sup> Royes, “La eutanasia y el suicidio medicamente asistido”, 323-337.

<sup>491</sup> *Ibíd.*

<sup>492</sup> *Ibíd.*

Se ha analizado la evolución de la muerte digna en algunos países, ejercicio que demuestra que el derecho a morir dignamente es una realidad a nivel mundial, reforzándose la necesidad de regulación en el Ecuador, ya que no solo sociedades disímiles a esta la han regulado (europeas o norteamericanas), sino también uno con características similares (Colombia).

Este acercamiento permite concluir que independientemente del país o de su ubicación geográfica, el sufrimiento de los pacientes es el mismo, siendo indispensable la atención a las necesidades y el respeto a la voluntad de los pacientes que están a punto de morir. Esta cuestión debe ser una prioridad de quienes tienen en sus manos el poder para institucionalizar el derecho a la muerte digna en Ecuador.

El país debe nutrirse de esta experiencia internacional y decidir cuál es el mecanismo más adecuado para que las personas mueran con dignidad ya sea la eutanasia o el suicidio medicamente asistido ya que como se ha determinado algunos países han regulado el uno o el otro, o inclusive no hacen diferencia. Acercamiento que es necesario para que el país tome lo mejor de cada experiencia y construya una propuesta ajustada a la realidad nacional.

Esta experiencia internacional demuestra también que son pocos los países que se han preocupado por el dotar de dignidad al final de la vida a las personas, lo que genera como resultado una idea de inacción de varios Estados al impedir que las personas finalicen su vida con dignidad.

### **3. Casos emblemáticos de muerte digna**

Para generar una cohesión en lo que se respecta al tema estudiado, se articula la construcción realizada hasta el momento con una serie de casos sobre suicidio medicamente asistido y/o eutanasia que han ocurrido a nivel mundial, los que se han presentado de diversas formas: unos han sido negados por autoridades políticas, otros han sido llevados a la justicia, otros han sido consumados sin llegar a tener autorización, etc., pero el factor coincidente es que todos han sido considerados emblemáticos, ya que han abierto el debate sobre el tema de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido, demostrando que es una realidad presente en las sociedades actuales, permitiendo su evolución constante.

Alejándose un poco del orden cronológico, de los 5 casos que se tratarán en este subtema, en primer lugar, se expondrá el de Paula Díaz que se produjo en Chile, el que a pesar de ser el más reciente, tiene vital importancia para la presente investigación,

debido a que tuvo lugar en un país con una realidad similar a la ecuatoriana y sobre todo abrió un amplio debate en los países de Latinoamérica. Luego se explicarán tres casos que se presentaron en los Estados Unidos de América y uno en Holanda. Lo que permitirá entender en conjunto las experiencias internacionales sobre el derecho a la muerte digna.

### 3.1 Caso Paula Díaz

Paula, una joven chilena, sufrió desde 2013 una extraña condición médica que nunca pudo ser diagnosticada adecuadamente, luego de un padecimiento insoportable, falleció en enero de 2019 sin que su solicitud de eutanasia sea aceptada por Michelle Bachelet y Sebastián Piñera.

Su hermana cuenta que era una niña completamente sana, pero todo comenzó en 2013, cuando cae hospitalizada por una tos convulsiva, luego de ser dada de alta, la joven presentó síntomas extraños como movimientos involuntarios, pérdida de fuerza en las extremidades, por lo que volvieron a hospitalizarla. Desde ahí comienza su pesadilla, pasando por clínicas, hospitales, sin que se encuentre alguna explicación<sup>493</sup> a su padecimiento.

Fue tratada por varios médicos, realizándose diferentes exámenes. Producto de la enfermedad sus piernas, brazos, manos, pies empezaron a encogerse, fue intervenida quirúrgicamente, siendo diagnosticada en diversas ocasiones con: problemas neurológicos, psiquiátricos, con el síndrome de corea y el síndrome conversivo, pasando hospitalizada en lapsos cortos y largos entre los años 2013, 2014 y 2015,<sup>494</sup> con valoraciones contrarias por parte de los equipos médicos.

Su hermana menciona en una entrevista en 2018 “Paula en estos momentos no está teniendo una vida digna, ella pasa postrada en una cama, encerrada en 4 paredes porque ni siquiera puede salir al patio”.<sup>495</sup> Con un primer video que fue masivamente reproducido (registra 241,112 visitas en You Tube hasta el 11 de octubre de 2019), publicado el 01 de febrero de 2018, cuyo título lleva la frase “Mensaje de Paula a Michelle Bachelet” la joven chilena Paula Díaz, se dirige a la entonces presidenta señalando:

---

<sup>493</sup> Vanessa Díaz, entrevistada por Ignacio Franzani, *Mentiras verdaderas*, La red, parte uno, 13 de febrero de 2018, [https://www.youtube.com/watch?v=b\\_Ytchn\\_Vxg](https://www.youtube.com/watch?v=b_Ytchn_Vxg).

<sup>494</sup> *Ibíd.*

<sup>495</sup> *Ibíd.*

No tengo descanso, es algo tan terrible que no puedo descansar, ni de día ni de noche, que le suplico con toda mi fuerza que me venga a ver porque ya no puedo más esperar, no comprendo, no puedo comprender, si hemos hecho de todo y sigo luchando para que ella me escuche, por qué no puede saber lo que me sucede si yo soy la que estoy sufriendo, solo pido descanso, le suplico que me dé la eutanasia porque ya no soporto mi cuerpo no soporto no poder apoyarlo, mi cuerpo esta desgarrado, ninguna parte puedo apoyar que no me duela o que no se rompa, cómo no pueden entender que ya no puedo más, que he hecho todo lo que me han impuesto, todo he tomado todo he tomado de todo y nada me calma porque ya no puedo más, le suplico le ruego que me dé descanso por favor, ya no puedo esperar otro día por favor se lo suplico, nadie comprende todo el esfuerzo que hay que hacer para sostenerme, ya no puedo más. Esto es una tortura y no podemos soportar más maltratos, si ella tiene el poder por qué no me da el descanso que le suplico, se lo ruego, esto ya no se puede soportar, me he postergado para recibir una respuesta, pero yo no puedo más.<sup>496</sup>

Producto de esta solicitud, se generó en Chile un intenso debate sobre el morir con dignidad. En un segundo video publicado el 22 de mayo de 2018, en el que un periodista chileno le hace una entrevista a Paula, la joven, se refiere a su situación y se dirige al ahora presidente Sebastián Piñera, señalando:

[...] por vario tiempo llevo pidiendo descanso [...] y es difícil [...] yo pido que me lleven durmiendo para ya no sufrir más, porque las crisis que me dan son muy terribles y el sufrimiento permanente, está mi cuerpo en tensión, mis extremidades, porque mis pies me llegan a las costillas y tengo que, yo siempre mantengo la tranquilidad, la armonía siempre pido pero es tanto el dolor que aguantarlo, me canso [...] lamento mucho todo lo que yo he tenido que pedir pero ya no me dejan opción[...] seguimos luchando con Evita (su mamá) día y noche porque yo no duermo y trato de aguantar este infinito sufrimiento que está en todo mi cuerpo [...] Si estoy aquí es porque mamita Eva me ha salvado pero mi cuerpo ya no resiste más sufrimiento y no puedo descansar, por eso tengo que sacar la voz. Yo quiero pedirle al presidente, explicarle porque aquí el problema es el desconocimiento y la ignorancia, yo no daré ni un paso atrás [...] qué más puedo esperar si ya está todo quebrado, qué más quieren que espere si todos estos años han sido una espera infinita llena de ambigüedades [...] lamento tanto que las leyes tengan que ser aceptadas por gente que tal vez ni siquiera sabe qué es el sufrimiento permanente e infinito [...] quiero que entiendan que si uno pide esto, no es fácil, pero espero que me entiendan y ya se me dé mi descanso [...].<sup>497</sup>

Se hicieron muchos esfuerzos para que se le otorgue la eutanasia. Entre los más importantes se encuentran el proyecto de ley presentado por el diputado Mirosevic y dos misivas enviadas a Michelle Bachelet y Sebastián Piñera en sus respectivos períodos presidenciales, pero “en ambas oportunidades ( 2 misivas ) la posibilidad de terminar con

---

<sup>496</sup> Paula Díaz, “Mensaje de Paula para Michelle Bachelet”, video de You Tube, 2018, min 0:09-2:05, <https://www.youtube.com/watch?v=FA1-plv1dKw>.

<sup>497</sup> Paula Díaz, entrevistada por Eduardo Fuentes, *Mentiras verdaderas*, La red, 22 de mayo de 2018, [https://www.youtube.com/watch?v=4bAW\\_DDZ9Cc](https://www.youtube.com/watch?v=4bAW_DDZ9Cc).

su vida de manera asistida le fue negada”,<sup>498</sup> Ana María Gazmuri, directora de la Fundación Daya, ayudó a Paula, pero a pesar de que se exploraron alternativas, los dolores continuaban de forma insoportable.<sup>499</sup> De la revisión que se hizo se pudo determinar que no se ejercieron acciones judiciales por parte de Paula Díaz o su familia. En Chile La ley 20.584 prohíbe la eutanasia y el código penal sanciona el auxilio al suicidio.<sup>500</sup>

El domingo 20 de enero de 2019 Paula Díaz, falleció a la edad de 20 años<sup>501</sup> de muerte natural, sin haber recibido por parte del Estado en sus niveles ejecutivo y legislativo protección alguna, luego de un sufrimiento que inició en agosto de 2013 y finalizó en enero de 2019 con su muerte.

Este caso es una enseñanza para todo un país que no encontrándose tan lejos y con realidades similares, podría llegar según el argumento sostenido en este trabajo a vulnerar derechos, como la libertad de decisión, el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, la calidad de vida, la vida digna y consecuentemente el recibir una muerte digna, situación que como se observó, afectó tanto a Paula cuanto a su familia en gran medida.

### 3.2 Caso de Karen Ann Quinlan

En 1975 este caso instauró un amplio debate sobre la muerte digna en Estados Unidos de América. La mujer se encontraba en coma permanente y vivía por medio de un respirador artificial, sus padres firmaron un protocolo para autorizar desconectarla, sin embargo, los médicos rechazaron realizar esta acción ante la posibilidad de ser sujetos a un proceso judicial por homicidio. Los padres acudieron a la vía judicial, siendo esta rechazada en primera instancia por considerarse que no existía un derecho a morir que sea alegado por los padres.<sup>502</sup>

El tribunal supremo de New Jersey revocó la decisión considerando que los ciudadanos gozan de un derecho a morir, reconocido por el common law y a través del derecho a la intimidad a nivel constitucional. El tribunal realizó el ejercicio del standard

---

<sup>498</sup> Ricardo Verdugo S., “¿Derecho a la muerte? Deceso de Paula Díaz reabre el debate en torno a la eutanasia”, *Diario Uchile*, lunes 21 de enero de 2019, <https://radio.uchile.cl/2019/01/21/derecho-a-la-muerte-deceso-de-paula-diaz-reabre-el-debate-en-torno-a-la-eutanasia/>.

<sup>499</sup> *Ibíd.*

<sup>500</sup> María Pilar Lampert Grassi, “Eutanasia en la Legislación Chilena”, *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*, Chile, abril de 2019, 3-4, [https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN\\_eutanasia\\_en\\_la\\_legislacion\\_chilena\\_FINAL.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN_eutanasia_en_la_legislacion_chilena_FINAL.pdf).

<sup>501</sup> Díaz, entrevistada por Eduardo Fuentes, *Mentiras verdaderas*.

<sup>502</sup> Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 158.

de juicio sustituido para determinar cuáles serían los deseos si es que la paciente estuviera en capacidad de exteriorizarla.<sup>503</sup>

Establecieron también el balancing test para ponderar entre los intereses del estado y los del individuo, considerando que al preservar el derecho a la vida se debilita los del individuo a la intimidad y aumenta cuando las condiciones del paciente empeoran hasta que los intereses de la persona sobresalen. Esto permitió establecer la creencia de que el Derecho tiene que acompañar a los cambios en la medicina en particular en este caso el derecho a morir en paz y con tranquilidad si es que así lo quisieran. Este caso dio lugar a una serie de pronunciamientos sobre el derecho a rechazar tratamientos y a las decisiones en incapacidad.<sup>504</sup>

### **3.3 El caso de Nancy Cruzan**

Este fue el primer caso en ser llevado a apelación al Tribunal Supremo Federal de Estados Unidos. Nancy producto de un accidente de tránsito en 1983 quedó en estado vegetativo (sin respuesta cognitiva), pero su corazón y pulmones funcionaban de forma autónoma, los médicos consideraban que podían durar 30 años. Luego de 7 años en ese estado sus padres solicitaron autorización judicial para que se le retire la alimentación parenteral.<sup>505</sup>

El juez de primera instancia aceptó la solicitud, pero el fiscal impugnó la decisión considerando que no hay constancia de la voluntad de la joven para retirar el tratamiento y que tal solicitud no estaba en la legislación de Missouri. El Tribunal de Missouri dio la razón al fiscal y revocó la sentencia, apelando los padres ante el Tribunal Supremo Federal. El tribunal reconoció el derecho a morir, pero dejó en claro que este no proviene del derecho a la intimidad sino a la autonomía, conforme la Decimocuarta Enmienda de la Constitución. Reconociendo como derecho fundamental la posibilidad de rechazar tratamientos.<sup>506</sup>

El tribunal dejó en claro que es obligación del Estado el proteger la vida, pero ambos intereses (Estado y persona) tienen que ser valorados en cada caso en concreto para determinar cual tiene más peso. Luego de esto la familia de la joven acudió al juez de primera instancia para presentar evidencias que consistían en testimonios de los

---

<sup>503</sup> Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 158-159.

<sup>504</sup> *Ibíd.*, 160-161.

<sup>505</sup> *Ibíd.*, 167.

<sup>506</sup> *Ibíd.*, 167-168.

amigos de la mujer para demostrar que levantar la alimentación hubiera sido la decisión que ella hubiera tomado, si estuviera en capacidad de hacer la petición, el juez aceptó la petición.<sup>507</sup>

### 3.4 Caso de Colleen

Colleen Rice vivía en Oregon, un día tomó la decisión de morir por suicidio medicamente asistido (falleció en el 2000). Padecía un cáncer de pulmón que era insoportable, debido a que lo diagnosticaron estando muy avanzado, dándole 6 meses de vida. La mujer decidió no someterse a quimioterapia, sabía que eso le incapacitaría aún más, recibía morfina y oxígeno para calmar la sensación de ahogo.<sup>508</sup>

En el día programado la mujer se maquilló para verse bien, tomó un medicamento para prevenir las náuseas para prevenir un posible riesgo de vomito al ingerir los barbitúricos. Llegó uno de los funcionarios de la fundación Compassion in Dying of Oregon, que le acompañó durante el día de su muerte, le ayudó a preparar el medicamento, al tenerlo listo le preguntó si quería continuar con eso, la mujer reafirmó su voluntad, bebió la preparación y cayó desmayada, falleciendo luego de dos horas. Su hija señala que si su madre no hubiera muerto por ese procedimiento posiblemente estaría en Washington reclamando su derecho a morir con dignidad.<sup>509</sup>

De todo lo que se ha señalado hasta el momento, se puede concluir en que el sufrimiento es una realidad que afrontan los pacientes con enfermedades graves en la sociedad actual, estos son casos que no se alejan del todo si lo comparamos con Ecuador.

### 3.5 Caso de Tina

El yerno de esta mujer, relata la historia de Tina, quien, en Holanda, a los 92 años tomó la decisión de ponerle fin a su vida luego de una lucha constante contra un cáncer de médula ósea muy doloroso. Es un caso importante ya que el hombre que lo relata está opuesto a la eutanasia.

La mujer vivía con morfina y con un tanque de oxígeno. Un día sintió que ya era la hora de morir, había hecho su mayor esfuerzo por vivir, pero ya no podía ni levantarse, su dolor era insoportable. Un médico de Países Bajos aceptó ayudarla a morir.<sup>510</sup>

---

<sup>507</sup> Juanatey, *El derecho y la muerte voluntaria*, 169.

<sup>508</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 236.

<sup>509</sup> *Ibíd.*, 237.

<sup>510</sup> *Ibíd.*, 234.

La noche anterior a la muerte, la mujer tuvo una fiesta con su familia en la que se despidió de todos, al día siguiente el médico llegó y comprobó que la mujer se ratificaba en sus deseos de acabar con su vida. Le dio una bebida con una preparación letal que acabaría con su vida. Llegado el momento, su hija le sostuvo la copa, la mujer bebió, luego de 30 segundos se quedó inconsciente y en 15 minutos falleció. Su decisión le devolvió la dignidad y el control de su vida.<sup>511</sup>

Los casos internacionales presentan una importante reflexión acerca del ejercicio del derecho a la muerte digna y la importante reflexión que ha producido a nivel mundial casos emblemáticos que han permitido que esta institución evolucione hasta como se la conoce en la actualidad.

Se han presentado casos tanto de América cuanto de Europa los que sumados a los de Ecuador permiten dimensionar el nivel de sufrimiento de las personas con una enfermedad terminal y su deseo de morir, el que se constituye en una realidad que se presenta a nivel mundial. Se demuestra también que son pocos los países que han regulado este derecho y muchos los casos (entre esos el ecuatoriano) que están a la espera de que el Estado tome decisiones al respecto, dejando de lado valoraciones morales, religiosas, éticas que pueden limitar la garantía de los derechos.

#### **4. La muerte digna bajo la esfera del derecho penal**

El tratamiento de la muerte digna se constituye en una situación altamente compleja al analizarla bajo la óptica de la ley penal. Roxín sostiene que “el enjuiciamiento de la eutanasia pertenece a los problemas más difíciles del derecho penal”.<sup>512</sup> Se concuerda con tal afirmación ya que es innegable la repercusión que tanto el debate previo cuanto el reconocimiento del derecho a la muerte digna, entrañan. En el caso ecuatoriano el código orgánico integral penal no se refiere a la eutanasia o el suicidio medicamente asistido o a figuras conexas como homicidio por petición, por piedad, etc. Esta falta de preocupación es muestra de la inactividad estatal al respecto.

Si bien la ley penal protege la vida, no se puede mencionar que la resguarde como un bien *absoluto e indisponible*, ya que, si se hace una revisión de la normativa, existen circunstancias que permitirían atentar a este bien jurídico sin recibir sanción por parte del

---

<sup>511</sup> Álvarez del Río, *Práctica y ética de la eutanasia*, 235.

<sup>512</sup> Claus Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, (Lima, ARA Editores, 2008), 16.

Estado. El artículo 24 del COIP señala que las causas de exclusión de la conducta son la fuerza física irresistible, los movimientos reflejos, los estados de plena inconciencia.<sup>513</sup>

El artículo 30 *ibídem* hace referencia a las causas de exclusión de antijuridicidad, entre las que se encuentran el estado de necesidad y la legítima defensa,<sup>514</sup> el artículo 35 determina como causa de inculpabilidad al trastorno mental debidamente comprobado,<sup>515</sup> el artículo 37 menciona que al cometer un delito (excepto los de tránsito) si la persona se encuentra bajo efectos del alcohol o sustancias psicotrópicas que se deriven de caso fortuito y prive del conocimiento no hay responsabilidad,<sup>516</sup> y el 38 da un trato diferente a los menores de edad que cometan delitos. La aparente indisponibilidad absoluta de la vida se ha matizado conforme se ha argumentado a lo largo del trabajo.

Si se traslada este argumento al campo de la muerte digna, es necesario señalar que existen dos posiciones en el ámbito penal sobre la disponibilidad de la vida.<sup>517</sup> Para los que la consideran totalmente indisponible, la muerte digna está prohibida, mientras que para los que determinan que la vida es disponible (caso ecuatoriano), “la opción criminalizadora resultaría vedada”,<sup>518</sup> debiendo ser este derecho a la vida interpretado junto con la dignidad, autonomía y libertad.<sup>519</sup>

Debe recordarse (como ya se mencionó *supra*), que la sentencia C-239 de 1997 de Colombia reconoció que el derecho a la vida es compatible con la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, por lo que el Estado debe ceder frente a los intensos sufrimientos y permitir el derecho a una muerte digna a una persona que ya no desea la vida,<sup>520</sup> debiéndose ajustar también esta interpretación al ámbito penal.

Zúñiga, Hesse y De la Cuesta, citados por Reyna Alfaro consideran que los fines de la política criminal no pueden ser otros que el reconocimiento de los derechos fundamentales, los que tienen como centro a la libertad y dignidad, por lo tanto el derecho

---

<sup>513</sup> Ecuador, Código Orgánico Integral Penal, Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero de 2014, art.24.

<sup>514</sup> *Ibíd.*, art.30.

<sup>515</sup> *Ibíd.*, art.35.

<sup>516</sup> *Ibíd.*, art.37.

<sup>517</sup> Miguel Ángel Núñez, citado en Luis Miguel Reyna Alfaro, “Homicidio a petición, instigación y ayuda al suicidio en el derecho penal peruano”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, (Lima, ARA Editores,2008),303.

<sup>518</sup> *Ibíd.*

<sup>519</sup> Luis Miguel Reyna Alfaro, “Homicidio a petición, instigación y ayuda al suicidio en el derecho penal peruano”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, (Lima, ARA Editores,2008),304.

<sup>520</sup> Corte Constitucional de Colombia, “Sentencia C-239/97”, pág. 2.

penal debe articularse en el sistema de valores que inciden en su estructura y justificación, alcanzando la dignidad relevancia dogmática, legislativa y jurisprudencial.<sup>521</sup>

A decir de Roxín, la problemática sobre el análisis de la eutanasia (refiriéndose a la ley alemana) bajo el panorama del derecho penal se produce por tres motivos. El primero hace referencia a que del estudio de la ley penal (homicidio y asesinato) no se puede extraer una regulación de la muerte con dignidad.<sup>522</sup>

El segundo implica que al referirse a problemas existenciales sobre la decisión de la vida o la muerte se permite que apenas puedan ser sujetos de regulación por normas abstractas, y tercero porque es complicado un acuerdo entre lo bueno y lo malo ya que su estudio se realiza también desde otras ramas del derecho e incluso desde otras disciplinas, que reclaman su estudio.<sup>523</sup>

Por lo que aquí se ha van a analizar “determinados supuestos de cooperación o ejecución activa y directa de la muerte de otro cuando se dan circunstancias eutanásicas”,<sup>524</sup> para dimensionar la amplitud de conductas relativas a los procedimientos de muerte digna, desarrollando para esto la eutanasia pura, la indirecta, la pasiva, la activa, así como conductas que dentro de cada una de estas son importantes para entender los posibles efectos del reconocimiento del derecho a la muerte digna bajo esta esfera.

#### 4.1 Eutanasia pura

Dentro de esta se analizan tres situaciones. El *alivio del dolor sin acortamiento de la vida* es una conducta que implica que al paciente moribundo se le aplican medios paliativos del dolor que como efecto no producen ningún tipo de acortamiento de su vida, lo que obviamente es una conducta impune cuando se la realiza con la autorización del paciente o con base en su deseo,<sup>525</sup> sin gran importancia en el ámbito criminal.

Dentro del *alivio del dolor en contra de la voluntad del paciente* puede producirse el supuesto en el que el paciente desiste en que se le aplique algún medicamento que le va a aliviar el dolor, ya que desea experimentar conscientemente su muerte, se basa en cuestiones religiosas, teológicas, quiere estar en contacto con sus familiares, dar

---

<sup>521</sup> Reyna Alfaro, “Homicidio a petición, instigación y ayuda al suicidio en el derecho penal peruano”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 300-301.

<sup>522</sup> Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 16.

<sup>523</sup> *Ibíd.*

<sup>524</sup> Jesús Barquín Sanz, “La eutanasia como forma de intervenir en la muerte de otro”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, (Lima, ARA Editores, 2008), 177.

<sup>525</sup> Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 17.

instrucciones<sup>526</sup> etc., lo que conforme señala el citado autor, debe respetarse, ya que “cuando se le suministra una inyección al moribundo, acaso porque el medico tiene su negativa por irracional, ello constituiría un ataque no permitido a su integridad corporal, y por tanto punible [...] como delito de lesiones”,<sup>527</sup> lo que sería debatible al entender que se produce en el ejercicio de la profesión médica a pesar de que no se está respetando la libertad de decisión del paciente.

La *omisión del alivio del dolor en contra de la voluntad del paciente* es el caso inverso al anterior, ya que “se omite el tratamiento analgésico o este es aplicado de modo insuficiente, a pesar de que el paciente lo pide expresamente”,<sup>528</sup> esta conducta también conforme Roxín es punible por lesión corporal por omisión por la posición de garante del médico y de la familia, y su deber de mermar el dolor, omitiendo el deber de socorro,<sup>529</sup> en el COIP la omisión dolosa se encuentra regulada en el artículo 28 y describe la conducta de una persona que estando en la posición de garante no evita un resultado material.<sup>530</sup>

#### **4.2 Eutanasia indirecta**

Como ya se ha referido implica la aplicación medidas paliativas del dolor a pesar de que se tiene conocimiento que los medicamentos pueden acortar la vida del paciente, este tipo de eutanasia es admitida tanto por la doctrina cuanto por la praxis médica.<sup>531</sup>

Roxín señala que el Tribunal Supremo Federal de Alemania se ha pronunciado al respecto en la sentencia BGHSt 42,301 de la siguiente forma “una medicación destinada a aliviar el dolor expedida por un facultativo en correspondencia con la voluntad declarada o presunta del paciente, no resulta inadmisibles en un moribundo aunque de modo inintencionado aquella suponga como consecuencia inevitable la conformidad con la aceleración del proceso mortal”<sup>532</sup> aceptándose de primera mano la idea de disponibilidad de la vida y reconociendo la manifestación de voluntad de la persona.

---

<sup>526</sup> Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 17.

<sup>527</sup> *Ibíd.*

<sup>528</sup> *Ibíd.*

<sup>529</sup> *Ibíd.*, 17-18.

<sup>530</sup> Ecuador, Código Orgánico Integral Penal, Registro Oficial 180, art.28.

<sup>531</sup> Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 18.

<sup>532</sup> *Ibíd.*

El problema radica cuando se presenta “un acortamiento doloso de la vida causado por una intervención activa, en otros casos se enjuicia como homicidio u homicidio a petición”.<sup>533</sup>

Un sector considera que es socialmente aceptable, mientras que para otro hay homicidio pero impune porque se realiza mediando el consentimiento ya sea expreso o presunto, la impunidad surge porque frente sobre la consideración de terminar con la vida surge la de mitigar el dolor, ya que una más corta sin dolores fuertes puede ser mejor que una un poco más larga pero insoportable.<sup>534</sup>

### **4.3 Eutanasia pasiva**

Se produce cuando una persona o un médico omiten que la vida del enfermo que está llegando a su fin, se alargue. Puede ser renunciando a una operación, un tratamiento que le pueden prolongar la vida un poco más. Si es que la adopción o cese de las medidas se produjo con el deseo del paciente quedaría impune ya que no se está tratando a este en contra de su voluntad, siendo esta voluntad decisiva, a pesar de que pueda ser considerada irresponsable.<sup>535</sup>

Si la omisión de medidas que mantienen la vida del paciente se producen en contra de los deseos de este, existiría un homicidio omisivo ya que se la ha producido la muerte en la que el omitente ocupa la posición de garante, debiendo ser en estos casos lo fundamental la dignidad y la vida.<sup>536</sup>

### **4.4 La eutanasia activa**

En la actualidad “la eutanasia activa, en el sentido de dar muerte a un moribundo o persona gravemente enferma es inadmisibles y punible de conformidad con el derecho vigente”.<sup>537</sup> El COIP tipifica únicamente las figuras de asesinato, femicidio, homicidio, homicidio culposo y homicidio culposo por mala práctica médica (desde los artículos 140 al 146), que serían a los que, en el supuesto de producirse algún tipo de eutanasia, conforme las causas se podrían encuadrar. Conforme señala Barquín “la eutanasia no

---

<sup>533</sup> Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 19.

<sup>534</sup> *Ibíd.*

<sup>535</sup> *Ibíd.*, 23-24.

<sup>536</sup> *Ibíd.*, 27-28.

<sup>537</sup> *Ibíd.*, 36.

consentida, es homicidio o asesinato”,<sup>538</sup> siendo indispensable que esta figura sea reformada a la luz del derecho a la muerte digna.

Es punible en la actualidad porque implica *el acortamiento de la vida*, se sostiene que debería existir una despenalización controlada del homicidio a petición, Jakobs citado por Roxín considera que “siendo racional el deseo de morir de una persona, su derecho a la autodeterminación debe respetarse de la misma forma que en la eutanasia indirecta o en la pasiva”,<sup>539</sup> situación que complementa esta idea sobre el respeto a la dignidad y a la esfera individual del sujeto. Hoerster citado por Roxín como una propuesta sobre la eutanasia señala:

1) El médico que matare a una persona incurable y que sufre gravemente, no actúa antijurídicamente cuando el interesado desea expresamente la acción homicida, a causa de haber realizado una reflexión libre y madura tomada en pleno uso de sus facultades mentales y consciente de su situación, o bien cuando el interesado no está en condiciones de realizar una reflexión de esta naturaleza, pero aparece justificada la aceptación de que desearía la acción homicida por tales motivos llegado el caso. 2) La existencia de los presupuestos citados en el apartado primero únicamente conducen a la exclusión de la antijuricidad, cuando ha sido documentada por escrito y motivadamente tanto por el médico que lleva a cabo la acción homicida, como por otro especialista adicional.<sup>540</sup>

Según Barquín, para la buena muerte se deben reunir los siguientes requisitos: “a) la persona afectada ha decidido interrumpir su vida, antes de que llegue la muerte natural, b) esta decisión es seria e inequívoca, c) sufre una enfermedad previsiblemente incurable o fuente de grave aflicción para ella, d) se produce la intervención directa y activa de un tercero que causa la muerte o colabora en su producción”.<sup>541</sup>

Por lo tanto la eutanasia necesita de una estructura típica rigurosa para que se aplique en momentos de excepcionalidad y así evitar que se sumen hechos que no tienen que ver con la realidad de la eutanasia, la compasión<sup>542</sup> sobre personas que desean que su sufrimiento acabe a través de los procedimientos de muerte digna.

Se adscribe a lo sostenido por Mantovani, para quien “a la luz de los principios personalistas de la tutela de la vida, del consentimiento y de la dignidad humana puede

<sup>538</sup> Barquín Sanz, “La eutanasia como forma de intervenir en la muerte de otro”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 177.

<sup>539</sup> Jakobs, citado en Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 36.

<sup>540</sup> Roxín, “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 42-43.

<sup>541</sup> Barquín Sanz, “La eutanasia como forma de intervenir en la muerte de otro”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 182.

<sup>542</sup> Ferrando Mantovani, “El problema jurídico de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, (Lima, ARA Editores, 2008), 120.

resolverse el problema jurídico de la eutanasia”.<sup>543</sup> El mismo autor considera que la eutanasia piadosa consentida debe tener un tratamiento más humanitario si reúne los siguientes requisitos; a) el móvil debe ser altruista, b) el sufrimiento físico debe ser irresistible, c) el uso de los medios para la muerte debe ser indoloro, sereno, rápido,<sup>544</sup> si bien lo hace para reducir la pena, se considera que coadyuvaría al reconocimiento del derecho.

Todo esto produce un efecto interesante sobre el bien jurídico ya que la tipificación del homicidio protege la vida, pero a pesar de que la vida sea importante, debe ser compatible con la dignidad<sup>545</sup> desde todo punto de vista, situación que no se tiene que escapar de su anclaje al derecho penal, el que va a ser el encargado de aplicar el derecho a la muerte digna.

El derecho penal ecuatoriano no se adscribe a esta realidad, lo que demuestra que no han existido esfuerzos legislativos que se han plasmado en reformas para que se regule de cierta forma esta situación, lo que se constituye en una deficiencia en la garantía de derechos y en el desarrollo en normativa infraconstitucional que tome como base la Constitución.

Por todo esto, la ley penal (al igual que todas las ramas) tiene la obligación de adherirse al respeto a la dignidad, a la calidad de vida, a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad a la libertad, a la autonomía, a la prohibición de tratos inhumanos y degradantes por medio del reconocimiento de los procedimientos de muerte digna que se han desarrollado a lo largo de esta tesis.

Se puede señalar para cerrar el capítulo que en Ecuador existe una imperiosa necesidad de tratamiento de este tema. No basta con tener un amplio catálogo de derechos y estar bajo la figura de un Estado constitucional, si es que no se vuelven realidad. De nada sirve tener constitucionalizado el derecho a la vida digna si es que cada año decenas de personas se suicidan por poseer una enfermedad terminal.

Es obligación del Estado entender esta realidad, asumirla y proponer salidas que aseguren el ejercicio del derecho fundamental a la vida digna que se plasma a través del derecho a la muerte digna con los procedimientos de eutanasia y suicidio medicamente asistido.

---

<sup>543</sup> Ferrando Mantovani, “El problema jurídico de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, (Lima, ARA Editores, 2008), 107.

<sup>544</sup> *Ibíd.*, 118.

<sup>545</sup> Reyna Alfaro, “Homicidio a petición, instigación y ayuda al suicidio en el derecho penal peruano”, en *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*, 300-301.

Se deben estudiar en conjunto toda la normativa constitucional e infraconstitucional que se ha desarrollado para proponer una solución efectiva a esta problemática que afecta a varias personas, en especial a adultos mayores que producto de un grave padecimiento están terminando sus días en condiciones totalmente alejadas de la dignidad de la persona humana.



## Conclusiones

La vida humana tiene una doble dimensión. De un lado se encuentra la vida biológica y de otro la biográfica, debiendo garantizarse y respetarse ambas no solo la existencia misma de la persona (biológica), sino también las condiciones que tienen que observarse (biográfica) tales como la dignidad, la calidad de vida, la libertad, etc. Por lo tanto, al hablar de vida y su respeto para cualquier efecto, se deben entender ambas dimensiones ya que proteger la vida implica también proteger su dignidad.

El derecho fundamental a la vida digna en el Ecuador se encuentra reconocido en la Constitución de la República, por lo que es obligación del Estado el garantizar todas las condiciones que la conforman. Este no responde únicamente a condiciones sociales, (trabajo, agua, vivienda, etc.) sino también otras entre las que se puede articular a la medicina y el cuidado de la salud (criterio salud) que deben ser observadas obligatoriamente, ya que en el caso de no cumplirse estas últimas (no sociales) también se puede sostener que se está vulnerando el derecho fundamental a la vida digna.

La calidad de vida se constituye en un criterio fundamental dentro de la existencia de una persona, porque le permite con base en un ejercicio valorativo y utilizando criterios propios, determinar como resultado si es que goza de esta condición o no, efecto del que dependerá el tomar diversas acciones en el ámbito de su salud.

Una vez que una persona ha determinado que su vida no goza de calidad ni de dignidad producto de una enfermedad terminal, tiene el derecho a tomar decisiones sobre su condición, las que obligatoriamente deben ser respetadas por la sociedad y el Estado, independientemente de su contenido, situación que se produce con el desarrollo de la libertad de acción y de opción, criterios que, vinculados al proyecto de vida le permiten a un sujeto tomar determinaciones a lo largo de su vida y revisar las que ya ha tomado.

Los avances en la tecnología médica, han permitido que el paciente esté en manos del médico en lo que a su muerte respecta. En diversos casos el profesional de la salud está en la posibilidad de alargar la muerte de la persona por meses, incluso años, no obstante, el problema surge cuando el enfermo expresa su voluntad contraria a esta actuación, por lo que al prolongar la vida a una persona que va a morir en un plazo más o menos próximo en contra de su voluntad se constituye en un trato inhumano o degradante, que se encuentra prohibido por la Constitución y el derecho internacional.

Surge el libre desarrollo de la personalidad como el derecho que permite por un lado limitar la actuación patriarcal del Estado y por otro hacer efectiva la libertad de

decisión de la persona. El derecho encierra la facultad de su titular para hacer lo que considere como adecuado, enmarcado únicamente en el respeto de los derechos de los demás, este se plasma a través de la autonomía del paciente.

Al decir que el individuo goza del derecho fundamental a la vida digna en el ámbito de la medicina y el cuidado de la salud; sumando a esto el reconocimiento del libre desarrollo de la personalidad, la autonomía, la libertad, la prohibición de tratos inhumanos o degradantes, y complementado este razonamiento por la idea de que la vida tiene que estar acompañada de dignidad, se puede señalar que existe en la norma ecuatoriana la estructura para el reconocimiento de un derecho a morir con dignidad.

Surgen como expresión de este derecho a morir con dignidad los procedimientos de suicidio medicamente asistido y eutanasia, que se convierten en un mecanismo para asegurar que el paciente sea el protagonista en la toma de decisiones que conciernen a su estado de salud y al final de su vida, independientemente de las imposiciones del médico o de la sociedad.

El derecho a morir dignamente ha sido reconocido en diversas legislaciones, sin escaparse países tan similares como Colombia, sociedades que han entendido el sufrimiento que tiene una persona en sus últimos momentos de vida producto de una enfermedad terminal, por lo que es obligación del Estado no solo garantizar derechos durante toda la vida, sino también en su etapa final, entre los que sobresale el derecho a morir con dignidad.

Los pacientes con enfermedades terminales producto de su condición sufren, por lo que es innegable que el final de su vida va a tener complicaciones de diversa índole, siendo obligación del Estado la de propender a eliminar este sufrimiento si es que media la voluntad del paciente o en su defecto proceder como al enfermo le parezca correcto, independientemente si la decisión implica finalizar su vida.

Un paciente al solicitar el fin de su vida, puede generar sobre quien tiene la obligación de realizarlo, una colisión del deber jurídico y sus valores morales, por lo que también se debe garantizar el derecho al médico a rechazar el realizar o asistir a la muerte digna. Sin embargo, el Estado debe asegurar también al solicitante que su derecho va a ser ejercido, por lo que el aparente choque entre objeción de conciencia y autonomía del paciente se resuelve con la acción del Estado al permitir la objeción de conciencia (médico), pero también de asegurar que va a existir otro profesional que realice el procedimiento(solicitante).

El consentimiento informado es un instrumento importante para la toma de decisiones en la relación médico-paciente, ya que una vez que el enfermo tenga un conocimiento integral sobre su situación, en ejercicio de su libertad y autonomía puede tomar una determinación, la que tiene que contar con la asesoría del médico, pero no su imposición, lo que le permite al paciente decidir conforme un panorama real sobre su padecimiento.

El sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad terminal es una realidad. Al no existir un mecanismo de solución a esta problemática han recurrido como se ha demostrado a terminar su vida de una forma extrema a través del suicidio, por lo que el Estado debe entender esta realidad y asumir que la vida tiene que estar acompañada de dignidad y de libertad para que sea adecuada, se debe respetar la decisión del sujeto sea cual fuere, dejando de lado valoraciones religiosas, morales, sociales generando un ambiente de libertad y autodeterminación en esfera individual de la persona.

El derecho a morir con dignidad es una realidad, el Ecuador no puede separarse de esta y debe abrir un amplio debate para entender su connotación, sus alcances, el perjuicio que genera el que no esté reconocido y su necesidad imperiosa de inserción en la normativa, para garantizar de esta forma el ejercicio integral del derecho fundamental a la vida digna y la dignidad de la persona humana.



## Bibliografía

- Alexy, Robert. Teoría de los derechos fundamentales. Traducido por Carlos Bernal Pulido. Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales, 2014.
- Alonso Palacio, Luz Marina, Escorcía de Vásquez, Isabel “El ser humano como una totalidad”. Salud Uninorte, n,17. (2003):3-8, <http://www.redalyc.org/pdf/817/81701701.pdf>.
- Álvarez del Río, Asunción. Práctica y ética de la eutanasia. México: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Amaro Cano, María del Carmen. “Una muerte digna para una vida digna”. Cuadernos de Bioética, n.4(1998):822-824, <http://aebioetica.org/revistas/1998/4/36/822.pdf>.
- Argentina. Ley 26529 de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. 24 de mayo de 2012.
- Argentina. Ley 24.193 de Trasplante de Órganos y Materiales Anatómicos, 24 de marzo de 1993.
- Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente. “Ley de eutanasia de Países Bajos”, Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, 11 de octubre de 2019. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>.
- Asociación Médica Mundial, Declaración de Ginebra. Octubre de 2017.
- Audesirk, Teresa, Gerald Audesirk, Bruce Byer. Biología, La vida en la Tierra. Traducido por Héctor Escalona, Roberto Escalona, México,2003.
- Baiges, Víctor Méndez. Sobre morir, Eutanasias, derechos, razones. Madrid: Editorial Trotta, 2002.
- Barquín Sanz, Jesús. “La eutanasia como forma de intervenir en la muerte de otro”. En Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal”. Lima, ARA Editores,2008.
- BBC. “No siento que esté matando al paciente”: el médico que ha practicado más de 100 eutanasias en Bélgica. BBC News Mundo, 21 de junio de 2019.
- Beca, Juan Pablo, Armando Ortiz, Sebastián Solar. “Derecho a morir, un debate actual”. Revista Médica Chile. n.133, (2005):601-606. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000500014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500014).

- Bélgica. Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia completada por la ley del 10 de noviembre de 2005, 11 de octubre de 2019. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>.
- Beloff, Mary, Clérico, Laura. “Derecho a condiciones de existencia digna y situación de vulnerabilidad en la jurisprudencia de la Corte Interamericana”. *Estudios Constitucionales*, n.1(2016):139-177. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-52002016000100005&lng=pt&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-52002016000100005&lng=pt&nrm=iso).
- Bioeticanet. “Juramento hipocrático”. 01 de marzo de 2020. <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf>.
- Bobbio, Norberto. *Teoría general de la política*. Traducido por Antonio de Cabo y Gerardo Pisarello. Madrid: Editorial Trotta, 2003. <https://es.slideshare.net/AnaKarina30/las-teorasgeneralesdelapoliticadebobbio>.
- Bobes, J., González, P., Bousoño, M., Suárez Retuerta, E. “Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida”. *Psiquiatría*, n.6(1993)5-9. [https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993\\_Bobes\\_Desarrollo.pdf](https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Bobes_Desarrollo.pdf).
- Brock, Dan, “Medidas de la calidad de vida”. En *La calidad de vida*. México: Editorial DR, 1993.
- Campos Calderón, Federico, Carlos Sánchez Escobar, Omaira Jaramillo Lezcano. “Consideraciones acerca de la Eutanasia”. *Medicina Legal de Costa Rica*, n.1(2001):1-29. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152001000200007](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007).
- Capra, Fritjof *La trama de la vida*. Traducido por David Sempau. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Colombia. Constitución Política de Colombia. *Gaceta Constitucional*, 20 de julio de 1991.
- \_\_\_\_. Ministerio de Salud y Protección Social, Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia 2015. 20 de abril de 2015, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>.
- \_\_\_\_. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 00000825 de 2018. 09 de marzo de 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-825-de-2018.pdf>.

Corte Constitucional de Colombia. “Sentencia 17 de junio de 1992, T-222/92”. Derecho a la intimidad personal y familiar. 17 de junio de 1992. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-222-92.htm>.

\_\_\_\_. “Sentencia 05 de mayo de 199, C-221/94”. Despenalización del consumo de la dosis personal. 05 de mayo de 1994. <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>.

\_\_\_\_. “Sentencia 20 de mayo de 1997C-239/97”. Homicidio por piedad- ELEMENTOS/ Homicidio piestístico o eutanásico/ homicidio eugenésico 20 de mayo de 1997. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>.

\_\_\_\_. “Sentencia 12 de octubre de 2001 T-1086-01”. Libre desarrollo de la personalidad. 12 de octubre de 2001. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-1086-01.htm>.

\_\_\_\_. “Sentencia 09 de septiembre de 1998 C-481/98”. Régimen disciplinario para docente- derogado por Código Disciplinario único/derecho disciplinario y principio de favorabilidad-aplicación para docentes/ley-aplicación en el tiempo. 09 de septiembre de 1998. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/c-481-98.htm>.

Declaración Conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physucuans\_American Society of Internal Medicina y el American Board of Internal Medicine. “Profesionalismo médico en el nuevo milenio: un estatuto para el ejercicio de la medicina”. Revista Médica Chile, n°4 (2003):457-460, [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000400016](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000400016).

De Vito, Laura. Entrevistada por el autor el 08 de octubre de 2019.

Díaz Amado, Eduardo. “La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas”. Revista de Bioética y Derecho, Perspectivas Bioéticas, n.40(2017):125-140. <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n40/1886-5887-bioetica-40-00125.pdf>.

Díaz, Paula. “Mensaje de Paula para Michelle Bachelet”. Video de You Tube, 2018, min 0:09-2:05. <https://www.youtube.com/watch?v=FA1-plv1dKw>.

\_\_\_\_. Entrevistada por Eduardo Fuentes. Mentiras verdaderas, La red, 22 de mayo de 2018. [https://www.youtube.com/watch?v=4bAW\\_DDZ9Cc](https://www.youtube.com/watch?v=4bAW_DDZ9Cc).

Díaz, Vanessa. Entrevistada por Ignacio Franzani. Mentiras verdaderas, La red, parte uno, 13 de febrero de 2018. [https://www.youtube.com/watch?v=b\\_Ytchn\\_Vxg](https://www.youtube.com/watch?v=b_Ytchn_Vxg).

Díez Ripollés, José Luis. “Eutanasia y derecho”. En Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología San Sebastián, n.9. San Sebastián, número 9, 1995.

- Durkheim, Émile. El suicidio. Traducido por Sandra Chaparro Martínez. Epublibre, 2016.
- Dworkin, Ronald. El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual. Traducido por Ricardo Caracciolo, Víctor Ferreres. Barcelona: Ariel, 1994. Edición para Scribd. <https://es.scribd.com/document/239096452/Dworkin-Ronald-El-Dominio-de-La-Vida-Una-Discusion-Acerca-Del-Aborto-La-Eutanasia-y-La-Libertad-Individual-Ed-Ariel-1994>.
- Ecuador. Acuerdo Ministerial 5316, Registro Oficial 512, 22 de febrero de 2016.
- \_\_\_\_. Código de la Niñez y Adolescencia. Registro Oficial 737, 03 de enero de 2003.
- \_\_\_\_. Código del Trabajo, Registro Oficial 167. Suplemento, 16 de diciembre de 2005.
- \_\_\_\_. Código Orgánico Administrativo. Registro Oficial 31, Suplemento, 7 de julio de 2017.
- \_\_\_\_. Código Orgánico de la Función Judicial. Registro Oficial 544, Suplemento, 03 de marzo de 2009.
- \_\_\_\_. Código Orgánico de las Entidades de Seguridad Ciudadana. Registro Oficial 19, Suplemento, 21 de junio de 2017.
- \_\_\_\_. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008.
- \_\_\_\_. Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero de 2014.
- \_\_\_\_. Corte Constitucional. “Dictamen”. En Caso N° 001-DCP-CC-2011. 15 de febrero de 2011.
- \_\_\_\_. Corte Constitucional. “Sentencia”. En Caso N°: 0551-09-EP. 01 de septiembre de 2011.
- \_\_\_\_. Corte Constitucional. “Sentencia”. En Caso N° 0780-09-EP. 08 de marzo de 2012.
- \_\_\_\_. Corte Constitucional. “Sentencia”. En Caso N° 1557-12-EP. 08 de marzo de 2017.
- \_\_\_\_. Corte Constitucional. “Sentencia”. En Caso N° 0288-12-EP. 10 de mayo de 2017.
- \_\_\_\_. Corte Constitucional. “Sentencia”. En Caso N° 0395-15-EP. 11 de octubre de 2017.
- \_\_\_\_. Corte Constitucional. “Sentencia”. En Caso N°:0175-13-CN. 13 de diciembre de 2017.
- \_\_\_\_. Ley Orgánica de Salud, Registro Oficial 423, Suplemento, 22 de diciembre de 2006.
- \_\_\_\_. Ley de Derechos y Amparo al Paciente. Registro Oficial 626, Suplemento, 03 de febrero de 1995.
- \_\_\_\_. Ley del Deporte, Educación Física y Recreación, Registro Oficial 255, Suplemento, 11 de agosto de 2010.
- \_\_\_\_. Ley Orgánica de Educación Intercultural. Registro Oficial 417, Suplemento, 31 de marzo de 2011.

- \_\_\_\_. Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo. Registro Oficial 481, Suplemento, 6 de mayo de 2019.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización. Registro Oficial 615, Suplemento, 26 de octubre de 2015.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores. Registro Oficial 484, Suplemento, 09 de mayo de 2019.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles. Registro Oficial 684, Suplemento, 04 de febrero de 2016.
  
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de Movilidad Humana. Registro Oficial 938, Suplemento, 05 de enero de 2017.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, Uso y Gestión del Suelo. Registro Oficial 790, Suplemento, 28 de junio de 2016.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de Recursos Hídricos, Usos y Aprovechamiento del Agua. Registro Oficial 305, Suplemento, 06 de agosto de 2014.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de Salud, Registro Oficial 423, Suplemento, 22 de diciembre de 2006.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica del Servicio Público. Registro Oficial 294, Suplemento, 06 de octubre de 2010.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica de Participación Ciudadana. Registro Oficial 175, Suplemento, 20 de abril de 2010.
  - \_\_\_\_. Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. Registro Oficial 175, Suplemento, 05 de febrero de 2018.
  - \_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo N° 00040-2019, Registro Oficial 82, Edición Especial, 25 de septiembre de 2019.
  - \_\_\_\_. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Acuerdo N° 095, Registro Oficial 944, Edición Especial, 03 de junio de 2019.
  - \_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. “Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial”. Ministerio de Salud Pública. junio de 2017, [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP\\_Consentimiento- Informado\\_-AM-5316.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP_Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf).
  - \_\_\_\_. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. Resolución N° CNP-003-2017, 22 de septiembre de 2017
- El Vaticano. Declaración Iura Et Bona sobre la Eutanasia. 05 de mayo de 1980.

- Erikson, Robert. “Descripciones de la desigualdad el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar”. En *La calidad de vida*. México: Editorial DR., 1993.
- Escobar, Alfonso Llano. “El morir humano ha cambiado”. *Bol Of Sanit Panam*. n.108, (1990):465-472. <https://es.scribd.com/document/400984800/El-Morir-Humano-Ha-Cambiado>.
- España. Andalucía. Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de muerte. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 88, 7 de mayo de 2010.
- \_\_\_\_. Código penal. BOE, 24 de noviembre de 1995.
- Farfán Molina, Francisco. *Eutanasia, derechos fundamentales y ley penal*. Bogotá: Ediciones Nueva Jurídica, 2008.
- Fernández, Miguel Bajo. “Prolongación artificial de la vida y trato inhumano o degradante”. En *Cuadernos de política criminal*. Madrid, ESP, número 51, 1993.
- Ferrer, Anabella del Moral. “El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana”. *Cuestiones Jurídicas*, n.2(2012):63-96. <https://www.redalyc.org/pdf/1275/127526266005.pdf>.
- Galán Cortés. Julio César. “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”. *Revista Médica de Uruguay*, n.15(1999):5-12. <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2.pdf>.
- García Arango, Gustavo Adolfo. “Derecho a la vida digna. El concepto jurídico del dolor desde el Derecho Constitucional”. *Opinión Jurídica- Universidad de Medellín*. n.12(2007):15-34. <https://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/113>.
- Goic, Alejandro. “El juramento Hipocrático: ¿una veneración ciega?”. *Bol of Saint Panam* 115, n.2(1993), <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16334/v115n2p140.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Gracia, Diego. “Cuestiones de vida o muerte, Dilemas éticos en los confines de la vida”. En *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*. Traducido por Antonio González Bueno. Madrid, ESP: Ediciones doce calles, S.L., 1995.
- Herrera, Adela, Andrés Guzmán, “Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento”, *Revista Médica Clínica CONDES*, n.23(2012):65-76 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702754>.
- Herrera Guevara, Asunción. “Nueva retórica del concepto vida”. *Revista CTS*, n.10(2008):229-240, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=53950>.

- Herrera Ocegueda, José Rubén. “La necesidad de legalizar la eutanasia en México”. Revista de la Facultad de Derecho de México, n.242(2004):111-118, doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2004.242.61363>.
- Hernández Rosales, Mayda. “El humanismo y la relación médico-paciente”. Revista Cubana de Medicina 42, n° 3 (2013):255-259 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572013000300001&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300001&lng=es&tlng=pt).
- Hernández, Ovidio D' Ángelo. “Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social”. CIPS, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, Cuba, 2004, <https://core.ac.uk/download/pdf/35230384.pdf>.
- \_\_\_\_\_. Ovidio D' Ángelo. “Proyecto de vida y desarrollo integral humano”. Creemos, n 1 y 2 (2002): 1-31. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf>.
- Iglesias Benavides, José Luis. “El Juramento de Hipócrates ¿Aún vive?”. Medicina Universitaria, n°37(2007):219-230, <https://www.medigraphic.com/pdfs/meduni/mu-2007/mu0741.pdf>.
- Juanatey, Carmen. El derecho y la muerte voluntaria. México. D.F.: Distribuciones Fontanamara, S.A, 2004.
- Jufejus. “El derecho del paciente -que no puede expresar su voluntad- a rechazar la prolongación de estados irreversibles: criterios recientes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y del Código Civil y Comercial.
- Jules, Javier. “Por objeción de conciencia aumentan pacientes que esperan eutanasia en Colombia”. NCN. 03 de septiembre de 2018.
- Koffman, Raúl G. “¿Qué es un ser humano?”. Revista Médica de Rosario, n.74(2008):32-34. <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/960256Ra%C3%BAI%20Koffman.pdf>.
- Lampert Grassi, María Pilar. “Eutanasia en la Legislación Chilena”. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Chile. abril de 2019. [https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN\\_eutanasia\\_en\\_la\\_legislacion\\_chilena\\_FINAL.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27133/1/BCN_eutanasia_en_la_legislacion_chilena_FINAL.pdf).

- Lara, María del Carmen, Juan Ramón de la Fuente. “Sobre el consentimiento informado”. *Bol Of Sanit Panam.* n.108, (1990):439-443. [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p439.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p439.pdf).
- Lifshitz, Alberto. “El ejercicio actual de la medicina”. (Seminario, 2002).
- Rodríguez Silva, Héctor. “La relación médico-paciente”. *Revista Cubana Salud Pública* 32, n°4(2006), [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400007&script=sci_arttext&tlng=en).
- Locke, John. Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil, un ensayo acerca del verdadero origen, alcance y fin del Gobierno Civil. Traducido por Carlos Mellizo. España: Tecnos, 2006. <https://maestria.perrotuerto.blog/bibliografia/recursos/locke2006a.pdf>.
- Lorda, Juan Luis. “¿Qué es el hombre? (una vez más), *Scripta Theologica*”. *Documentos del Instituto de Antropología y Ética*, n30(1998):165-200. <https://www.unav.edu/documents/8871060/8964433/32-Que+es+el+hombre.pdf/803b8504-27e6-4603-9b7e-eab46f8087f3>.
- Lorda, Pablo Simón, Luis Cocheiro Carro. “El consentimiento informado: teoría y práctica”. *Medicina Clínica*, n.17 (1993):659-663. [https://www.researchgate.net/profile/Pablo\\_Simon\\_Lorda/publication/260909012\\_El\\_consentimiento\\_informado\\_Teoria\\_y\\_practica\\_I/links/00463532a8547e37b7000000/El-consentimiento-informado-Teoria-y-practica-I.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Simon_Lorda/publication/260909012_El_consentimiento_informado_Teoria_y_practica_I/links/00463532a8547e37b7000000/El-consentimiento-informado-Teoria-y-practica-I.pdf).
- Mantovani, Ferrando. “El problema jurídico de la eutanasia”. En *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Lima, ARA Editores, 2008.
- Martínez, Fernando Rey. *Eutanasia y derechos fundamentales*. Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales, 2008.
- Martínez León, Mercedes, Paula Asencio Vilahoz, Camino Martínez, Henar Torres Martín, Daniel Queipo Burón. “Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la Unión Europea”. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, n.51. (2014):129-139. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/23864/ARAMCV-2014-51-analisis-etico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Medán, Marina. “¿Proyecto de vida? Tensiones en un programa de prevención del delito juvenil”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 10, n.1(2012): <https://www.redalyc.org/pdf/773/77323982003.pdf>.
- Morello, Augusto Mario, Morello, Guillermo Claudio. *Los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud*. La Plata: Librería Editora Platense, 2002.

- Moro, Tomás. Utopía. 15 de agosto de 2019.  
<https://www.biblioteca.org.ar/libros/300883.pdf>.
- Niño, Luis Fernando. Eutanasia, morir con dignidad, consecuencias jurídico penales (Buenos Aires: Editorial Universidad, 2005).
- Ontiveros Alonso, Miguel. “El libre desarrollo de la personalidad (Un bien jurídico digno del Estado constitucional). Araucaria, Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, n.15(2006):147-156.  
<https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/282/28281510/1>.
- ONU Asamblea General. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. 10 de diciembre de 1984. A/RES/39/46.
- Ordóñez Vázquez Norma Alicia, Monroy Nasr, Zuraya. “Experiencia de familiares de enfermos con cáncer terminal respecto a las decisiones al final de la vida”. Revista Electrónica Nova Scientia, n°17(2016):492-514,  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/ns/v8n17/2007-0705-ns-8-17-00492.pdf>.
- Pániker, Salvador. “El derecho a morir dignamente”. Anuario de Psicología. n.4, (1998):83-90.  
<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61502/88349>.
- Pelegrino, Edmund D. “La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica”. Bol of Saint Panam 108, n.5 (1990),  
[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16838/v108n\(5-6\)p379.pdf?sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16838/v108n(5-6)p379.pdf?sequence=1).
- Platón. La república. Luarna, 20 de agosto de 2019.  
<http://www.ataun.net/BIBLIOTECAGRATUITA/CI%C3%A1sicos%20en%20Espa%C3%B1ol/Plat%C3%B3n/La%20Rep%C3%BAblica.pdf>.
- Pulido, Carlos Bernal “Derechos fundamentales” en, Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho, volumen dos. México: Editorial DR. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015.
- Quill, Timothy E. “La muerte medicamente asistida: ¿Progreso o peligro? En Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida. Traducido por Antonio González Bueno. Madrid, ESP: Ediciones doce calles, S.L., 1995.
- Ramos, Eliana Santana. “Las claves interpretativas del libre desarrollo de la personalidad”. CEFD Cuadernos Electrónicos del Filosofía del Derecho, n. 29(2014): 99-113.  
<https://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/view/3245>.

- Reich, Warren T. “El arte de cuidar a los moribundos”. En *Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida*. Traducido por Antonio González Bueno. Madrid, ESP: Ediciones doce calles, S.L.,1995.
- Reyna Alfaro, Luis Miguel. “Homicidio a petición, instigación y ayuda al suicidio en el derecho penal peruano”. En *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*”. Lima, ARA Editores,2008.
- Riofrío, Juan Carlos. “Valor jurídico del preámbulo de la Constitución ecuatoriana vigente”. *Foro Revista de Derecho*, n.23(2015):23-52.  
<http://www.uasb.edu.ec/documents/62017/1512258/2015.+Valor+jur%C3%ADico+del+pre%C3%A1mbulo+de+la+Constituci%C3%B3n+ecuatoriana+vigente.pdf/7348e7ce-96ff-4017-bbbe-e1e01fee48ba>.
- Roxín, Claus. “Tratamiento jurídico penal de la eutanasia”. En *Eutanasia y suicidio, cuestiones dogmáticas y de política criminal*”. Lima, ARA Editores,2008.
- Royes, Albert. “La eutanasia y el suicidio medicamente asistido”. *Psicooncología*, n.2-3(2008):323-337.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808220323A/15407>  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808220323A/15407>.
- Rueda Castañón, Carmen Rosa, Durán, Carlos Villán. *La Declaración de Luarca sobre el derecho humano a la paz*. España: Ediciones MADÚ S.A, 2007.
- Sánchez, C. de Miguel, A. López Romero. “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregon y Australia”. *Medicina Paliativa*, n.4(2006):207-215. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>.
- Sánchez Salvatierra Jazmín, Taype Rondán Álvaro. “Evolución del Juramento Hipocrático; ¿qué ha cambiado y por qué?”. *Revista Médica Chile* 146, n°12(2018):1498-1500, <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n12/0717-6163-rmc-146-12-1498.pdf>.
- Santo Tomás de Aquino. *Suma de Teología III*. Madrid,1990.  
<https://www.dominicos.org/media/uploads/recursos/libros/suma/3.pdf>.
- Schwade, Jurgen. *Comp. Jurisprudencia del Tribunal Constitucional Federal Alemán*. México D.F: Komrad-Adenauer-Stiftung e-V, 2009.
- Schmidt H, Ludwing. “¿Vida digna o muerte digna? Concepciones actuales”. *Revista Bioethikos*, n.7(2013):157-173, <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/103/4.pdf>.

- Sosa Sacio, Juan. “Derechos constitucionales no enumerados y el derecho al libre desarrollo de la personalidad”. En *Derechos constitucionales no escritos, reconocidos por el Tribunal Constitucional*, coord. Luis Sáenz Dávalos. Lima, PE: Gaceta Jurídica, 2009.
- Stuart Mill, John. *On liberty*. Canadá: Batoche Books, 2001.  
<https://socialsciences.mcmaster.ca/econ/ugcm/3113/mill/liberty.pdf>
- Suetonio. *Los doce césares*. Ebooket, 20 de agosto de 2019.  
<https://uhphistoria.files.wordpress.com/2011/02/gaio-suetonio-los-doce-cesares.pdf>.
- The Philosophers Brief. “State of Washington v. Harold Glucksberg, Dennis C. Vacco, Atormey General Of Ner York v Timothy E. Quill”. The Bridge. Accedido el 10 de septiembre de 2019. <https://cyber.harvard.edu/bridge/Philosophy/philbrf.htm>.
- The World Federation of Righth to Die Societies. “Member organizations”. The World Federation of Righth to Die Societies, Ensuring Choices for a Dignified Death. accedido el 20 de agosto de 2019. <https://www.worldrtd.net/de/member-organizations>.
- Tietze, Andrea. “La autodeterminación del paciente terminal en el derecho alemán”. *Revista de derecho (Valdivia)* 15, nº2(2003):113-130.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-09502003000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502003000200005).
- Torrado, Santiago. “Colombia reglamenta la eutanasia para niños y adolescentes”. *El País*. 11 de marzo de 2018.
- Verdesoto, Luis Rosa Donoso, Raúl Aldaz, Jennifer Marcillo, Soledad Chalco, Ivonne Morocho. *Quito, un caleidoscopio de percepciones, midiendo la calidad de vida*. Quito: Corporación Instituto de la Ciudad de Quito, 2009.
- Verdugo S., Ricardo. “¿Derecho a la muerte? Deceso de Paula Díaz reabre el debate en torno a la eutanasia”. *Diario Uchile*. Lunes 21 de enero de 2019,  
<https://radio.uchile.cl/2019/01/21/derecho-a-la-muerte-deceso-de-paula-diaz-reabre-el-debate-en-torno-a-la-eutanasia/>.
- WMA Asamblea. *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia*. Octubre de 1987.



