



13 de noviembre de 2023

**DESPACHO DE SUSTANCIACIÓN CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR**

**Juez sustanciador: Enrique Herrería Bonnet**

**Caso 67-23 IN acción de inconstitucionalidad de acto normativo.**

**Asunto: Amicus Curiae**

**Ministro Presidente de la Corte Constitucional de Ecuador**

**Alí Lozada Prado**

**Presente**

El Colectivo de Mujeres Libres y Soberanas nos permitimos hacer llegar esta *Amicus Brief* con respecto al caso 67-23 IN. Honorables Ministros presentamos argumentos de carácter legal, médico, histórico y filosófico. Como colectivo femenino queremos expresar nuestro parecer sobre unos de los momentos más temidos e inevitables para muchos, la enfermedad terminal y ultimadamente la muerte. Presentamos el análisis de parte de profesionistas miembros del Colectivo: la Mtra. Marcela Errecalde historiadora de Argentina, Dra. Pilar Calva Médico Genetista y Bioeticista de México y Lic. Pilar Vazquez Calva Abogado de México.

Eutanasia proviene del griego: eu=bueno, thánatos=muerte. Aunque etimológicamente significa “buena muerte”, esto dista mucho de su significado actual, ya que el sentido etimológico ha dejado de tener uso social. La Organización Mundial de la Salud la define como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro, con su consentimiento o no, para evitarle un sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por las razones que fuere. Por lo tanto, la finalidad de la eutanasia es acabar con una vida enferma, la muerte ha de ser el objetivo buscado, ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia.

En definitiva, se realiza una acción (administrar sustancias tóxicas mortales) u omisión (negar la alimentación, nutrición o asistencia médica debida) sobre el enfermo, con intención de quitarle la vida. Se trata pues, de un homicidio por “compasión”. Esta acción está intencionalmente dirigida a terminar con la vida de un paciente, por razones compasivas y en un contexto médico, con el fin de minimizar su sufrimiento. El sentimiento subjetivo de estar eliminando el dolor o las deficiencias ajenas es elemento necesario de la eutanasia; de lo contrario estaríamos ante otras formas de homicidio.

Hablamos de suicidio médicamente asistido cuando se prescriben fármacos que el paciente usará para quitarse la vida. Es el caso en el que el enfermo decide acabar con su vida, para lo cual el médico o un integrante del equipo de salud, le proporciona los medios para lograrlo, pero es el mismo paciente quien pone en marcha el mecanismo para infundir la solución con el o los medicamentos letales. Aunque desde el punto de vista ético hay poca o ninguna diferencia con la eutanasia, en algunas legislaciones se ha despenalizado sólo el suicidio médicamente asistido y no la eutanasia. Desde una perspectiva práctica y técnica la línea que separa la eutanasia del suicidio médicamente asistido también es muy fina y difusa.

La eutanasia fue un problema social en aquellas sociedades primitivas en que se practicaba la eliminación de vidas consideradas inútiles, costumbre que estuvo admitida respecto a los recién nacidos con malformaciones o los ancianos en distintos pueblos de la antigüedad, hasta que el juramento hipocrático y la influencia del cristianismo acabó con tales prácticas inhumanas. En verdad ha costado muchos siglos conseguir que la vida sea respetada en todas las situaciones (la inviolabilidad de la vida humana es un logro bastante reciente de nuestra sociedad). Perder esta regla universal es un paso atrás y abre una brecha en la inviolabilidad del sujeto inocente. Una vez que se ha roto una regla universal con una excepción, ¿por qué no añadir otras?

Es significativo que el primer régimen que instaura la eutanasia desde del viejo paganismo romano fue la Alemania nazi.<sup>1</sup> La experiencia nacionalsocialista germana demuestra cómo se puede pasar, fácil y rápidamente, de las teorías científicas pro eutanasia a la práctica de una eutanasia realizada por motivos cada vez más subjetivos, relativos y baladíes.

Debe distinguirse la eutanasia y el suicidio asistido, que violentan el derecho a la vida, de la renuncia al encarnizamiento terapéutico que es legítima en casos en que los tratamientos son desproporcionados a las perspectivas de mejoría, son extraordinarios y la muerte es inevitable e inminente.

La demanda se refiere a acciones directamente orientadas a provocar la muerte de un paciente a su requerimiento y ello es contrario al derecho a la vida, a la salud, entre otros derechos fundamentales garantizados en la Constitución, en el ordenamiento jurídico interno y en el sistema de protección de los derechos humanos a nivel interamericano y universal<sup>2</sup>.

## **Derecho comparado**

---

<sup>1</sup> <https://encyclopedia.ushmm.org/content/es/article/euthanasia-program>

<sup>2</sup> CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (Pacto de San José) artículo 1,4 y ss. Declaración Universal de los Derechos Humanos <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

La cuestión planteada en la demanda Caso 67-23 IN fue ampliamente tratada ante la Corte Suprema de los Estados Unidos en las sentencias: *Vacco v. Quill*, *Washington v. Glucksberg*<sup>3</sup>, *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*<sup>4</sup>, o ante la Corte del Estado de Massachusset en el caso *Roger M. Kliger & another vs. Attorney General & another*<sup>5</sup>, todos convergiendo en la inexistencia del derecho a la llamada “muerte digna”, a la eutanasia o al suicidio asistido. No citamos el ejemplo recordado por toda la opinión pública de Terry Schiavo, que sin embargo conmocionó al mundo por el trato ultrajante vivido por la paciente y la repercusión política del caso.<sup>6</sup>

Es importante remarcar que la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido por razones de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante conduce a una discriminación de las personas con discapacidad contraria a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, como ya le ha señalado el Comité de la Convención a España en 2019. Este aspecto señalado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su informe final en España en el 2019, el expresó su preocupación por “*la falta de progresos en la eliminación de las iniciativas legislativas destinadas a permitir la eutanasia en casos de discapacidad*”. En consecuencia, el Comité “*recomienda al Estado parte que revise y enmiende todas las leyes, políticas y prácticas relativas a la prestación de servicios para las personas con discapacidad a todos los niveles y en todas las comunidades autónomas, de conformidad con los principios consagrados en la Convención y en consonancia con el modelo de la discapacidad basado en los derechos humanos. El Comité recomienda también al Estado parte que: b) ... vele por que no existan disposiciones que permitan la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación*”<sup>7</sup>.

Resaltamos que la propuesta de la demanda contradice la Convención Americana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. En esta Convención se promueven decididamente los cuidados paliativos, que están definidos en el art. 2 de tal manera que excluyen la eutanasia: “Cuidados paliativos”: “*La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya*

---

<sup>3</sup> <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/702/>

<sup>4</sup> <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/>

<sup>5</sup> <https://centrodebioetica.org/suprema-corte-de-massachusetts-sostiene-que-no-hay-derecho-al-suicidio-medicamente-asistido/>

<sup>6</sup> <https://www.infobae.com/historias/2022/03/31/la-eutanasia-de-terri-schiavio-15-anos-en-estado-vegetativo-y-la-batalla-legal-que-dividio-a-una-familia-y-un-pais/>

<sup>7</sup> Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España”, 13 de mayo de 2019, CRPD/C/ESP/CO/2-3.

[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fESP%2fCO%2f2-3&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fESP%2fCO%2f2-3&Lang=es)

*enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan”* (art. 2 CIPDHPM). Por su parte, el art. 6 dispone: *“Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población. Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado”*. Pues bien, mientras que es claro que la CIPDHPM admite el rechazo a tratamientos, lo que se relaciona con el rechazo al encarnizamiento terapéutico, en ningún momento se refiere a un derecho a morir, o a un derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir, o un derecho a interrumpir voluntariamente su vida. Es decir, nunca se refiere a que sea un derecho exigir que se le garantice poder quitarse la vida, ni siquiera por directiva anticipada. Tampoco usa la ambigua expresión “muerte digna”. Por eso, en razón de lo que dice el art. 2 de la CIPDHPM en el sentido que los cuidados paliativos *"afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan"*, entendemos debe considerarse a la eutanasia, aplicada a personas mayores, como una violación de sus derechos en los términos de esa Convención Interamericana.

En la demanda subyace una concepción de dignidad asociada a la “calidad de vida” y subordinada a su utilidad y que llevaría a clasificar a las personas entre las que son dignas y las que no son dignas de vivir.

La experiencia internacional muestra que, si bien se alega que la eutanasia se legaliza para casos muy excepcionales, prontamente esos casos se amplían. Esta realidad se conoce como la “pendiente resbaladiza” y opera en cuatro dimensiones: expansión de situaciones habilitadas para pedir la muerte, aumento progresivo del número de pedidos, extensión de la eutanasia a casos de personas inconscientes o personas menores de edad y dificultad para asegurar que se cumpla con los requisitos de la norma.

La eutanasia no es una respuesta humanitaria al sufrimiento y en su lugar corresponde garantizar a todos los cuidados paliativos. Despenalizar la eutanasia supone una opción del magistrado sobre asignación de fondos en salud que envía un mensaje claro en un contexto de grave crisis del sector: se priorizan las opciones favorables a la muerte del paciente en lugar de garantizar su atención. Ello conlleva una profundización de las inequidades existentes en materia de salud.

La legalización de la eutanasia afecta profundamente a la profesión médica, contrariando sus principios fundamentales e imponiendo una obligación de matar a pedido del paciente, cabe preguntarse cuán libre puede ser la decisión de terminar con su vida tomada por un paciente que atraviesa circunstancias tan graves y limitantes.

No existe un derecho a morir o a la muerte digna, y la vida es un bien indisponible. Despenalizar la eutanasia contradice las políticas públicas de prevención del suicidio, incluyendo las disposiciones de la legislación vigente en el Ecuador. Más allá de la pretensión de invocar normas generales sobre dignidad y derechos humanos, no existe ningún tratado internacional que reconozca un pretendido derecho a morir por el contrario, todo reafirman el derecho a la vida y a la salud.<sup>8</sup>

La redacción de la demanda Caso 67-23 IN en relación a la eutanasia encierra una amplitud problemática, sobre todo por la incorporación de una perspectiva subjetivista de la noción de tolerancia al sufrimiento, que puede habilitar interpretaciones que extiendan la aplicación de la sentencia en la llamada “pendiente resbaladiza”<sup>9</sup>.

Además, subyace una visión de la vida asociada a la autonomía que envía mensajes discriminatorios como se ha señalado antes. La demanda no es clara con los distintos mecanismos burocráticos de control del procedimiento de eutanasia: con participación de médico consultor, con participación de consejerías, con intervención previa o posterior de un comité, con comités provinciales o un único comité nacional, etc.

El problema de la objeción de conciencia para los profesionales, centros de salud y asociaciones mutuales de salud u otro efector de salud, no está contemplado. María de la Luz Casas<sup>10</sup> sostiene que, en la actualidad: “El reconocimiento de la objeción de conciencia para el personal sanitario no tiene específicamente un componente de desobediencia civil, pues no pretende derogar la ley, ni tampoco es exclusiva de alguna religión, sino, al contrario, parte del reconocimiento de la libertad

---

<sup>8</sup> CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>  
CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES  
[https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)  
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>  
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes  
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>

<sup>9</sup> Etienne Montero, “Cita con la muerte diez años de eutanasia legal en Bélgica” Ed Rialp Madrid

<sup>10</sup>[https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=es&user=HbKCKLEAAAAJ&citation\\_for\\_view=HbKCKLEAAAAJ:ZXPVDZvx\\_usC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=HbKCKLEAAAAJ&citation_for_view=HbKCKLEAAAAJ:ZXPVDZvx_usC)

humana y la pluralidad democrática que un Estado laico debe promover. La importancia de la objeción de conciencia sanitaria, en palabras de Agustín Herrera<sup>11</sup>, se podría expresar del siguiente modo: “La objeción de conciencia en el área sanitaria es la legítima defensa de los galenos ante presiones legales, mandatos, órdenes y actos fútiles que dañan su arte y honorabilidad, misma que se desprende históricamente en una asistencia humana y proporcional a todos los dolientes (pacientes), que necesitan de su guía, consejo y atención.” Por eso, el citado autor “Destaca que todos los profesionales de la salud son un fin en sí mismos, no instrumentos o medios para unos fines; situación que, al volverlos autómatas de leyes, órdenes o mandatos, daña su dignidad humana, centro y fundamento de los derechos humanos

Uno de los fenómenos más llamativos que conoce el derecho contemporáneo es el de la objeción de conciencia, o si se quiere, el de los conflictos entre ley y conciencia, éste no es nuevo, la cuestión de la contradicción posible entre normatividad legal y normatividad ética es inherente a la propia noción de orden jurídico y al ejercicio racional de la individualidad humana.

Varias son las causas de esta especie de big bang de la objeción de conciencia. De un lado la crisis del positivismo legalista, que parte del supuesto de que las determinaciones jurídicas contenidas en las leyes agotan prácticamente el contenido ideal de la justicia.

De otro, el valor de las motivaciones que subyacen en los comportamientos de objeción a la ley, disímiles de las que conducen a la simple y pura transgresión de la norma fundada en el simple egoísmo.

Cada vez con más frecuencia, en el fondo de la conciencia humana no es excepcional el planteamiento de un oscuro drama. **El que supone optar entre el deber de obediencia que impone la norma legal (con base en la conciencia común) y el deber de resistirla que reclama la norma moral (radicada en la conciencia singular).** A su vez cuando la persona humana en estos supuestos se decanta por el no a la ley, lo hace por un mecanismo axiológico, un deber de su conciencia diverso del planteamiento puramente psicológico de quien transgrede la ley para satisfacer un capricho o un interés bastardo.

Tal vez por ello, el primer comportamiento provoca cierta reacción de respeto que se traduce en una cierta perplejidad en los mecanismos represivos de la sociedad.

Resulta útil para determinar el contenido esencial del derecho bajo análisis, el atender a los bienes humanos que protege el derecho a la objeción de conciencia.

---

<sup>11</sup><https://www.unescobiochair.org/wp-content/uploads/2018/07/2.-Indice-Agustin-HERRERA-Eutanasia-y-cuidados-paliativos.pdf>

Por lo que entendemos que cada derecho humano se ordena, a la realización de uno o varios bienes humanos básicos y recibe a su vez de estos su justificación objetiva. Para el filósofo australiano John Finnis, los bienes humanos básicos constituyen “una serie de principios prácticos básicos que muestran las formas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar y que son usados de una manera y otra por cualquiera que reflexiona acerca de qué hacer, no importa cuán erróneas seas sus conclusiones. Entendemos que en el caso de la objeción de conciencia, tales bienes humanos están constituidos por lo que Finnis ha denominado la “razonabilidad práctica” y la “religión”.

La razonabilidad práctica es concebida como: el bien básico de ser capaz de hacer que la propia inteligencia se aplique eficazmente (en el razonamiento práctico que da por el resultado una acción) a los problemas de elegir las acciones y el estilo de vida de cada uno y de formar el propio carácter. Dicho de modo negativo, esto implica que uno tiene una medida de libertad efectiva; de modo positivo, implica que uno busca introducir un orden inteligente y razonable en las propias acciones y hábitos y actitudes prácticas.

Así la jurisprudencia de Estrasburgo, sostiene que para que una objeción de conciencia pueda estimarse digna de ser tomada en consideración, se deberá tener en cuenta que la convicción o creencia proceda de un sistema de pensamiento suficientemente estructurado, coherente y sincero. En el mismo sentido la Cámara de los Loes en el caso Williamson sostuvo que una creencia, religiosa o no, para poder ser considerada como tal, ha de cumplir modestos requisitos mínimos, que se encuentran implícitos en el art 9 CEDH. En particular, debe ser coherente con unos estándares elementales de dignidad humana, referirse a problemas fundamentales y no a cuestiones triviales y revestir un cierto grado de seriedad e importancia. Además ha de resultar ineligible, aunque esto no haya de interpretarse como una rígida exigencia de exposición sistemática o al menos, de justificación racional, pues las creencias de suyo implican elecciones que van más allá de lo racionalmente demostrable, y más todavía en el caso de las religiones, que con frecuencia se basan en una realidad sobrenatural.

Lo sostenido no significa que un tribunal un órgano administrativo frente al cual se invoca el derecho a la objeción de conciencia, para eximirse del cumplimiento de un deber o de la sanción que impone el ordenamiento jurídico, deba juzgar si las creencias o convicciones del objetor resultan “correctas o verdaderas”. Ello no corresponde, sino más bien, lo que debe considerar, es la sinceridad del objetor, la coherencia, seriedad y racionalidad de la creencia, entendiendo esto último en el sentido de la razonabilidad práctica, la que impone considerar las consecuencias de la conducta del objetor en orden a la realización del bien común y los derechos humanos de terceros.

El objetor debe exponer las razones éticas o religiosas por las que se niega al cumplimiento del deber jurídico, las que deben responder a un sistema de pensamiento coherente-pues la coherencia es un requisito formal de la racionalidad, serio, inteligible y referirse a cuestiones fundamentales o de suficiente importancia. Pero más allá de eso, otra carga de prueba no puede ser impuesta al objetor.

Será al Estado o a quien se oponga al improcedencia de la objeción de conciencia, a quien corresponde acreditar: a) cuál es la finalidad legítima perseguida mediante la obligación objetada, b) la concurrencia de una relación de adecuación estricta entre la obligación objetada y dicha finalidad, c) la inexistencia de otros medios alternativos para alcanzarla, d) que dicha finalidad se identifica con un interés sustancial o imperioso y) la inalterabilidad del contenido esencial del derecho a la objeción de conciencia. Todos estos extremos no deberán ser invocados de modo genérico, sino probados en las concretas circunstancias del caso.

En tal sentido, aunque vinculado estrictamente a la libertad religiosa, pero también aplicables las objeciones de conciencia por razón de religión, la ley de Restauración de la Libertad Religiosa, vigente en EEUU, impone la carga de justificación sobre el Estado que pretende limitar sustancialmente el ejercicio de la religión. Los fallos de la Corte Suprema de EEUU, también han adoptado idéntica postura, antes de la sanción de dicha ley, por considerar que debía aplicarse un escrutinio estricto (*Sherbert v Verner*<sup>12</sup> y *Wisconsin v Yoder*<sup>13</sup>), y luego de su sanción, por aplicación de las exigencias legales (*Gonzales v O Centro Espirita*<sup>14</sup> y *Burwell v Hobby Lobby Stores inc*<sup>15</sup>).

En consonancia con la jurisprudencia precitada, un importante sector de la doctrina ha sostenido que la carga de la justificación pesa sobre la parte que pretende deniega el ejercicio de la objeción de conciencia.

En primer lugar, porque la objeción de conciencia constituye una forma de ejercicio de las libertades de conciencia y religión, las que revisten la condición de derechos humanos y a la vez constitucionales o fundamentales.

En segundo lugar, porque los estudios demuestran que los países que protegen fuertemente la libertad religiosa y de conciencia son más seguro y estables que aquellos que no lo hacen y las naciones que vulneran dichas libertades constituyen un terreno fértil para la guerra y la pobreza, el terrorismo y los movimientos extremistas. En efecto la objeción de conciencia se convierte en el más firme obstáculo para cualquier modalidad de tiranía, en la más segura defensa de la

---

<sup>12</sup> <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/374/398/>

<sup>13</sup> <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/406/205/>

<sup>14</sup> <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/546/418/>

<sup>15</sup> <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/573/682/>



libertad y de la dignidad del ser humano, constituyendo su reconocimiento como derecho fundamental, “la piedra de toque de la madurez democrática de un ordenamiento jurídico”

En tercer lugar por cuanto concurren razones de orden práctico, vinculadas a la que es el Estado o quien se oponga a la objeción de conciencia formulada, los que tienen el conocimiento y los medios para acreditar los extremos indicados precedentemente.

Se podría contraponer que, en los países en los que la eutanasia está legalizada o despenalizada, la muerte no es impuesta por un gobierno dictatorial, sino que es solicitada voluntariamente por los enfermos. ¿Es eso cierto? Actualmente la eutanasia no es un delito en el Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Canadá y Colombia. Lo mismo sucede con el suicidio asistido en Suiza, Alemania, Japón, en algunos estados de EE. UU. (Washington, Oregón, Colorado, Vermont, Montana y California) y en uno de Australia (Victoria). El caso holandés es significativo por ser el primero y es aquél en que se ha hecho más evidente la llamada pendiente resbaladiza o plano inclinado (empezar realizando eutanasia en casos excepcionales y acabar realizándola en pacientes que no han dado su consentimiento). En este sentido es bastante ilustrativo el caso relatado por Elisabeth Mahase en el British Medical Journal (una de las principales revistas de medicina) en septiembre de 2019. En él se cuenta como un médico holandés había sido absuelto por un juez tras realizar eutanasia a una paciente con demencia cuya situación clínica impedía que la solicitara.

Tal como se entiende en la ley belga del 28 de mayo de 2002, la eutanasia designa más exactamente «el acto practicado por un tercero, que pone intencionadamente fin a la vida de una persona que así lo ha solicitado». El médico que practica una eutanasia activa, mediante la administración de sustancias letales al paciente, a petición suya, no comete una infracción mientras respete las condiciones de fondo y de procedimiento previstas por la ley.

La intención de provocar la muerte es esencial, y distingue claramente la eutanasia de otras iniciativas médicas perfectamente legítimas, como la decisión de renunciar a tratamientos inútiles o desproporcionados, la administración apropiada de analgésicos que alivien el dolor u otros síntomas y la sedación paliativa en fase terminal.

En la cuarta tentativa de proyecto de ley sobre la eutanasia en el Reino Unido, John Walton<sup>16</sup> (Lord Walton of Detchant), presidente de la Comisión de salud de la Cámara de los Lores, tuvo la buena idea, como médico y buen empirista, de decir: «No podemos forjarnos una opinión sobre la eutanasia si no la vemos en acción».

---

<sup>16</sup> <https://www.cmf.org.uk/resources/publications/content/?context=article&id=1607>

Así, acompañado por ocho miembros de la Comisión, se desplazó a Holanda; allí acudió a numerosos hospitales, interrogó a los médicos y habló con las familias de los pacientes. A su vuelta declaró que «es imposible poner límites a una legislación sobre la eutanasia».

Esta opinión coincide con la formulada, en la misma época, por Herbert Hendin<sup>17</sup>, profesor de psiquiatría del New York Medical College, Director médico de la American Foundation for Suicide Prevention (Nueva York), y especialista reconocido internacionalmente en suicidio y suicidio asistido. Hendin realizó una amplia encuesta sobre la práctica de la eutanasia y del suicidio asistido en Holanda, contrastando cifras y datos empíricos, informes oficiales, publicaciones de especialistas y testimonios de todos los actores sobre el terreno (médicos, pacientes, abogados, magistrados...). Da cuenta de los resultados de su trabajo en un libro riguroso y profundo titulado "Seduced by death"<sup>18</sup>. En él pone de relieve «la incapacidad de regular el proceso mediante reglas establecidas». «Puede decirse — precisa— que, virtualmente, cada directriz puesta por los holandeses en su intento de proteger a los pacientes, ha fracasado, o bien ha sido modificada o violada».

Cabe preguntarse si es posible delimitar la eutanasia y controlar su práctica según unos criterios fijados por la Corte. ¿Qué sucede con el riesgo de que las condiciones legales sean, tarde o temprano, apreciadas con ligereza, ignoradas o modificadas? ¿Qué lecciones nos da la experiencia belga a este respecto?

## **El caso Holandés**

En Holanda se ha comprobado su exacto cumplimiento puesto que ya hace años se reconocieron cifras importantes de casos de eutanasia no solicitada, cuando en un principio solo se defendía su aceptación en casos de solicitud expresa y reiterada, como un ejercicio de autonomía. En 1984 se despenalizó la eutanasia en los Países Bajos, mediante dos sentencias del Tribunal Supremo. Entre 1992 y 1994 se aprobaron distintas reglamentaciones sobre la eutanasia y en el 2000 la liberalización de la misma. Finalmente, el año 2002, se aprobó la ley Korthalst/Borst que es la que actualmente regula a la eutanasia en ese país. En el momento de despenalizar la eutanasia la Corte Suprema holandesa exigió cinco condiciones: petición del paciente enteramente libre y voluntaria; petición estable, bien considerada y persistente; sufrimientos intolerables sin perspectivas de mejora; eutanasia como último recurso y deber del médico de consultar con un compañero independiente con experiencia en este campo.

---

<sup>17</sup> <https://congressionaldigest.com/issue/physician-assisted-suicide/american-foundation-for-suicide-prevention-afsp/>

<sup>18</sup>

[https://books.google.com.ar/books/about/Seduced\\_by\\_Death.html?id=6dF9QgAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ar/books/about/Seduced_by_Death.html?id=6dF9QgAACAAJ&redir_esc=y)

La historia muestra que estos límites «infranqueables» se han ido traspasando. La primera ampliación de la ley permitió la eutanasia a pacientes que desearan morir, aunque no fueran enfermos incurables en estado terminal. Posteriormente, se admitió que la eutanasia se podía aplicar a los enfermos que experimentasen un sufrimiento psíquico o moral, y no sólo dolor físico. Además, mientras que al principio era el médico el que debía probar que había cumplido las condiciones establecidas, ahora es el Fiscal el que debe probar que el médico no cumplió los requisitos, antes de poder iniciar una causa legal. Se han simplificado los «procedimientos de notificación», y se ha reconocido el valor legal a las declaraciones de voluntad anticipada. Pero quizás la novedad más impactante ha sido la regulación de las peticiones de eutanasia por parte de menores de edad: entre los 12 y 16 años inclusive se exige el consentimiento de los padres, y entre los 16 y 17 años los menores pueden decidir de manera independiente, si bien los padres deben participar en la decisión. El control social es también prácticamente nulo, pues los médicos frecuentemente no lo notifican. Actualmente, aproximadamente la mitad de los casos de eutanasia no se comunican, y esto parece estar relacionado con no consultar la decisión con otro médico. Por último, 1 de cada 7 se realizan en personas que no han dado su consentimiento.

Por lo tanto, podemos concluir que en Holanda sí se ha cumplido la teoría de la pendiente resbaladiza, con el siguiente orden:

A: ley que autoriza la eutanasia o el suicidio asistido si se dan tres requisitos:

- 1.o plena voluntariedad,
- 2.o condición de enfermo terminal,
- 3.o padecer dolores insoportables.

B: Se permite la eutanasia no voluntaria e involuntaria (pacientes en coma, recién nacidos con malformaciones, ancianos dementes o enfermos con perturbaciones mentales).

C: se permite la eutanasia o el suicidio asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar.

D: se permite la eutanasia por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.<sup>19</sup>

## **Pronunciamientos de Instituciones y Organizaciones Médicas**

También es importante señalar que distintas instituciones y organizaciones médicas internacionales se han pronunciado de forma unánime contra la eutanasia. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su recomendación 1.418<sup>20</sup>, aprobada el 25 de junio de 1999 pidió que se garantice el acceso de los enfermos

---

<sup>19</sup> Etienne Montero  
Cita con la muerte\_ diez años de eutanasia legal en Bélgica -

<sup>20</sup> <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/5525.html>

terminales a los cuidados paliativos y recuerda que la eutanasia, aún voluntaria, contraviene el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que afirma que “la muerte no puede ser infringida intencionalmente a nadie”. Los 41 diputados exhortaban a los Gobiernos a mantener “la prohibición absoluta de poner fin intencionalmente a la vida de los enfermos incurables y de los moribundos”.

La American Medical Association decidió apoyar en el Congreso una ley que prohibiría la cooperación al suicidio en todo el país. Esta asociación, la más grande del país, reiteró en junio de 2019 la oposición de los médicos de EE. UU. a la eutanasia, “imposible de controlar y un riesgo para la sociedad”. Esta reciente declaración es particularmente importante, ya que se ha producido ante las presiones para que modificase su código ético.

La Asociación Médica Mundial considera contrarios a la ética tanto el suicidio con ayuda médica como la eutanasia, por lo que deben ser condenados por la profesión médica: “El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana”, “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética” y “la eutanasia es incompatible con el papel del médico como sanador, sería difícil o imposible de controlar y plantearía serios riesgos para la sociedad. La eutanasia podría extenderse fácilmente a pacientes incompetentes y otras poblaciones vulnerables”.

En octubre de 2017 la Asociación Médica Mundial reiteró su firme oposición al suicidio asistido y a la eutanasia, ya que constituye una práctica de la medicina contraria a la ética.

También la Organización Mundial de la Salud considera que “con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas de tratamiento paliativos, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia.”

La Cámara de los Lores Británica también rechazó la eutanasia en 1994 mediante el Informe Walton, en el que se advirtió de la imposibilidad de establecer límites seguros para la eutanasia voluntaria.

Por último, la cuestión de la eutanasia / suicidio médicamente asistido se analizó con profundidad y se rechazó en 1994 en el informe de la New York State Task Force on Life<sup>21</sup>.

## **Consideraciones psicológicas y psiquiátricas**

---

<sup>21</sup> [https://www.health.ny.gov/regulations/task\\_force/](https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/)

Cabe preguntarse si es posible delimitar la eutanasia y controlar su práctica según unos criterios fijados por el legislador. ¿Qué sucede con el riesgo de que las condiciones legales sean, tarde o temprano, apreciadas con ligereza, ignoradas o modificadas? ¿Qué lecciones nos da la experiencia belga a este respecto?

La mayoría de las peticiones de eutanasia están en realidad sustentadas por un sufrimiento psíquico. Este es —¿es preciso decirlo?— particularmente difícil de evaluar, tanto más cuanto que los factores que lo desencadenan y lo alimentan son complejos.

Diversos estudios convergentes han demostrado que la depresión es frecuente en enfermos terminales, particularmente en los que presentan un cáncer avanzado, y que los enfermos que sufren depresión están expuestos a un riesgo suicida 25 veces más alto que el de la población general. Ahora bien, es muy frecuente que la depresión no se trate de forma adecuada, incluso que no se diagnostique. En el período terminal, el sufrimiento, mal controlado en el tratamiento del cáncer, sería una de las causas más frecuentes del impulso suicida o de la petición de eutanasia por parte de un paciente o de su entorno. Autores competentes han arrojado asimismo luz sobre otro factor importante, distinto a la depresión, en la génesis de la idea suicida de los pacientes terminales: la desesperación, (hopelessness).

El psiquiatra canadiense Harvey Chochinov ha elaborado un modelo de psicoterapia conocido como dignity therapy, merced al cual se intenta especialmente ayudar a la persona a no identificarse con su propia enfermedad[81]. Otro elemento sospechoso de contribuir a la petición de eutanasia es el «síndrome de desmoralización», identificado en 2001 por David Kissane, jefe del departamento de psiquiatría del Memorial Sloane-Kettering Cancer Center.

Además de una situación caracterizada por la desesperación, la pérdida del sentido de la vida y un cansancio existencial ante el futuro, se han identificado varios elementos que pueden incitar al paciente gravemente enfermo a pedir la eutanasia; entre ellos está la impresión de ser una carga para los demás o el debilitamiento de la cohesión familiar, pero también la insuficiente habilidad terapéutica del médico que trata el caso y la sensación de una voluntad de anticipar la muerte del enfermo.

En este complejo contexto, se comprende que la petición de eutanasia por parte del paciente se presente como un desafío no solo humano y ético, sino también puramente médico, a nivel terapéutico y de diagnóstico. Se trata de identificar correctamente el problema y no precipitarse hacia una falsa buena solución.

Los autores de la ley belga de la eutanasia se mostraron muy prudentes ante la idea de autorizarla cuando el sufrimiento fuera principal o exclusivamente de orden psíquico. La Comisión de Salud pública de la Cámara estimó, por unanimidad, que

«el solo sufrimiento psiquiátrico del paciente nunca puede conducir a la eutanasia». Parecía admitido que a los pacientes depresivos, psiquiátricos o dementes no les atañía la ley en gestación. Este punto de vista fue confirmado, en numerosas ocasiones, en la Comisión de Justicia: «Los grupos de la mayoría reconocen que el campo de aplicación de este proyecto de ley no concierne a los pacientes aquejados de demencia o de trastornos psiquiátricos. Aquellas personas que aún tengan dudas al respecto podrán acudir al informe relativo a los trabajos parlamentarios, que será publicado y en el que la voluntad del legislador quedará expuesta de una manera suficientemente clara a este respecto».

En el estado actual de la ley sobre la eutanasia, la posibilidad de redactar una declaración anticipada no es de ninguna ayuda en este tipo de situaciones. En efecto, una declaración de ese tipo solo puede ejecutarse si el paciente se encuentra en un estado de inconsciencia irreversible, lo que no afecta a la disminución progresiva de las facultades cognitivas y de la conciencia de uno mismo. La única salida es la de formular una petición de eutanasia al inicio de la enfermedad, cuando la persona aún puede cumplir las condiciones de conciencia y lucidez fijadas por la ley.

Sin embargo, los trastornos de memoria, sin duda desconcertantes, pero relativamente leves al principio, pueden hacer temer un principio de Alzheimer. Estos trastornos cognitivos leves («mild cognitive impairments») pueden efectivamente constituir un principio de demencia, pero pueden también estabilizarse, incluso retroceder, y corresponder a trastornos funcionales benignos. Existe, pues, el riesgo, al inicio de la enfermedad, cuando aparecen los primeros síntomas, de que el paciente se equivoque sobre la naturaleza de los mismos. ¿Cómo considerar su petición de eutanasia libre y lúcida, cuando ha podido, erróneamente, hacer un pronóstico demasiado sombrío? Ello tanto más cuanto que su decisión ha podido estar influida por un error de diagnóstico, un contexto emocional, una eventual presión del entorno, una percepción errónea de la evolución probable de la enfermedad... Existen formas de demencia o de otras enfermedades neurodegenerativas de evolución lenta o poco severa, que permiten una autonomía y una calidad de vida decentes durante mucho tiempo.

Es tan difícil apreciar el carácter insoportable del sufrimiento psicológico del demente como saber si va a persistir. Al aceptar la eutanasia en el umbral de la enfermedad, ¿no nos arriesgamos a anticipar la angustia de un sufrimiento insoportable? ¿No podemos ver en esto una forma de presión ejercida sobre personas mayores, frecuentemente preocupadas por ser una carga para las personas de su entorno o para la colectividad? ¿Cómo asegurarse seriamente de que su petición de eutanasia es voluntaria, reflexionada y a salvo de toda presión externa?.

## **El Estado de Derecho y los fundamentos del orden social**

Eutanasia y el suicidio médicamente asistido afectan directamente a la medicina y a los fundamentos del Estado de derecho. Por ello pueden ser legítimamente rechazados —sin chocar con el pluralismo característico de nuestras democracias políticamente laicas— con vistas a salvaguardar intereses públicos superiores, entre los cuales están la integridad de la profesión médica, la protección de las personas vulnerables y los fundamentos del orden social.

¿Quién no ve, de entrada, que la despenalización de la eutanasia entraña una modificación substancial de los cometidos confiados a los profesionales del arte de curar, en lo sucesivo autorizados a dar muerte, aunque sea a petición del paciente? Difícilmente cabe negar que la calificación de la eutanasia como acto médico produce un profundo impacto sobre la concepción que se tiene colectivamente de la medicina. En contradicción con la ética de cuidados, que es desde siempre la de los profesionales de la salud, afecta a la imagen y a la estructura moral de la medicina. Incide también, como se ha visto, sobre la percepción, la eficacia y el desarrollo de los cuidados paliativos. El rechazo de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido encuentra, así, una justificación (política) en el legítimo cuidado por salvaguardar la profesionalidad y la ética de la medicina.

Pero —se dirá— ¿no es en ocasiones la eutanasia la única salida, al menos en situaciones excepcionales? Frente a un enfermo con un gran sufrimiento y que pide la eutanasia, ¿puede humanamente el médico rehusársela? ¿No hay «transgresiones necesarias», por compasión, en el respeto a la autonomía del paciente? Esta posición es, evidentemente, muy seductora. Presenta toda la apariencia de un compromiso aceptable. Coincide perfectamente con una sensibilidad difusa que tiende a condenar toda prohibición absoluta.

Ante una petición de eutanasia, la respuesta apropiada de la medicina y de la sociedad es la siguiente: rechazo de la obstinación terapéutica, alivio profesional del dolor y de los síntomas, cuidados para el bienestar, acompañamiento humano de calidad. Al proponer la eutanasia a personas que sufren, en lugar de darles un mensaje de esperanza, se les está diciendo que su vida ya no vale la pena o que no se puede hacer nada más por ellas.

Hay poderosos motivos jurídicos y políticos para resistir a la «tentación de la excepción». Legitimar la eutanasia voluntaria, incluso bien delimitada, con una ley, por esencia general y abstracta, es poner el dedo en un engranaje mortífero. No cabe olvidar el cometido simbólico y estructurante del derecho. Lejos de ser filosóficamente neutro, el permiso legal de quitar la vida a un semejante afirma el carácter relativo de la dignidad humana. Supone una determinada concepción antropológica y su imposición a todos.

En este terreno, la ley entraña unos valores sociales, morales y culturales que impregnan el aire que todos respiramos. Puesto que el fundamento de la eutanasia

es el respeto debido a la autonomía del enfermo, resulta lógico que la expresión de la voluntad se convierta enseguida en el criterio decisivo... y que caigan, una tras otra, las demás balizas. Cualquier intento de contener la excepción dentro de los límites que le fueron asignados al principio está condenado al fracaso.

Cabe, así, legítimamente temer que el paciente, lejos de resultar libre y autónomo en sus decisiones, quede debilitado y se incline con facilidad a ceder a la presión ejercida por el entorno. No se puede, a este respecto, desdeñar el poder de sugestión del entorno sobre la voluntad de los pacientes. Para muchas personas enfermas, que estiman ser una carga, el derecho a morir corre el riesgo de ser interpretado como una obligación moral de desaparecer. Así, las peticiones de eutanasia o de ayuda médica al suicidio no se expresarían con libertad, sino que serían el resultado de presiones inevitables, conscientes o inconscientes. En consecuencia, el rechazo de la eutanasia encuentra asimismo una justificación (social, política y jurídica) en el cuidado por asegurar la protección de las personas más vulnerables de la sociedad (personas de edad avanzada, enfermos, minusválidos...), lo que corresponde al primer cometido del derecho.

## **Conclusión**

Por último, conviene repetir que, en lo que se refiere a la eutanasia, no se trata solo del derecho que algunos reivindican sobre su propia vida, sino del derecho otorgado a una categoría de ciudadanos —el cuerpo médico— de dar muerte a otras personas.

El estado no puede atribuirse semejante derecho sin dañar gravemente el valor social de la persona y uno de los fundamentos esenciales del orden jurídico, según el cual ningún hombre puede disponer de la vida de otro (salvo excepciones como el caso de legítima defensa contra un agresor injusto).

Una sociedad no se construye aglomerando autonomías. Hay que asignar forzosamente unos límites a la voluntad individual en cuanto se quiere tejer un vínculo social. Esta evidencia es bien comprendida y pacíficamente aceptada en muchos otros terrenos. Solo con decir lo que no hay que hacer, sin imponer ni indicar lo que hay que hacer, la prohibición es un «acicate fundamental de la creatividad moral».

La prohibición ayuda a los profesionales de la salud a respetar sus límites, les confirma en una actitud de respeto incondicional, les obliga a mostrarse cada vez más cualificados en el control del dolor y de los síntomas, a guardarse de toda forma de obstinación terapéutica; les anima a desplegar tesoros de paciencia, de inteligencia, de imaginación, de sutileza moral, y a dar lo mejor de sí mismos para acompañar lo más humanamente posible a los enfermos y a las personas que sufren.



La prohibición ayuda a los pacientes en el final de la vida: les conforta en su inalienable dignidad, a pesar de su disminución física o psíquica. Preserva, por último, al entorno del paciente de la impaciencia mortífera, alentándole, por el contrario, a movilizar sus recursos humanos y solidarios para acompañar a aquel hasta el final.

### **Notificaciones**

Futuras notificaciones las recibiré en el correo electrónico: pilitavc@gmail.com

### **Pretensión**

1. Se me considere y acepte como AMISCURIANTE dentro del proceso constitucional.
2. Se permita participar a la Dra. María del Pilar Calva Mercado y presentar el AMICUS CURIAE en la audiencia pública para lo que se me notificará el lugar y día de la audiencia, así como el link en caso de que sea necesario participar virtualmente.

Atentamente.

**Pilar Vazquez Calva**

---

Lic. Pilar Vazquez Calva  
Abogado  
Cédula Profesional 7249870  
México  
Colectivo Mujeres Libres y Soberanas