



El suicidio asistido y la muerte piadosa a partir del concepto de vida digna: Propuesta de un protocolo de atención en salud pública

Assisted suicide and pious death from the concept of a dignified life: Proposal for a protocol for public health care

Suicídio assistido e morte piedosa a partir do conceito de uma vida digna: Proposta de protocolo de atenção à saúde pública

Erika Virginia Mieles-Mieles^I

mieleserika@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8437-2383>

Daniel Castro-Aniyar^{II}

danielcastroaniyar@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0439-7773>

Sonia Margarita Barcia-Rodríguez^{III}

sonia.barcia@uleam.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-0848-6178>

Correspondencia: mieleserika@gmail.com

Ciencias Sociales y políticas

Artículo de revisión

***Recibido:** 10 de abril de 2021 ***Aceptado:** 30 de mayo de 2021 * **Publicado:** 09 de junio de 2021

- I. Estudiante de la Facultad de Derecho, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.
- II. Doctor en Pacificación y Conflicto, Sociólogo, Profesor de la Facultad de Derecho, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.
- III. Magister en Gestión Ambiental, Especialista Superior en Derecho Procesal, Especialista en Derecho Penal y Justicia Indígena, Magister en Derecho Penal y Criminología, Doctora en Jurisprudencia, Abogado de los Juzgados y Tribunales de la Republica, Licenciado en Ciencias Políticas y Sociales, Ex Fiscal de la República del Ecuador, Profesora de la Facultad de Derecho, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.

Resumen

Se plantea que la eutanasia es una forma de suicidio asistido. Se reflexiona acerca de la juridicidad de la asistencia, en relación a una lectura centrada en derechos y el papel del Estado. Se concluye que ella debe ser extendida a criterios basados en la cosmogonía del paciente y no en la autorización de familiares e informas médicos. Se requiere reconocer la complejidad del fenómeno del suicidio desde la individuación de los derechos, por lo que se requieren estudios situacionalizados de atención ponderativa, como los que se realizan a casos de violencia de género, violencia psicológica, intencionalidad homicida, abusos infantiles, etc. Se propone un protocolo de atención a partir de autores convenidos como de referencia y herramientas de predicción social.

Palabras clave: Suicidio asistido; eutanasia; salud pública; protocolo de atención; centralidad de la cosmogonía.

Abstract

Euthanasia is argued to be a form of assisted suicide. It reflects on the legality of the assistance, in relation to a reading focused on rights and the role of the State. It is concluded that it should be extended to criteria based on the cosmogony of the patient and not on the authorization of relatives and medical reports. It is necessary to recognize the complexity of the phenomenon of suicide from the individualization of rights, which is why situationalized studies of ponderative attention are required, such as those carried out in cases of gender violence, psychological violence, homicidal intent, child abuse, etc. A care protocol is proposed based on agreed reference authors and social prediction tools.

Keywords: Assisted suicide; eutanasia; public health; care protocol; centrality of cosmogony.

Resumo

A eutanásia é considerada uma forma de suicídio assistido. Reflete sobre a legalidade da assistência, em relação a uma leitura voltada para os direitos e o papel do Estado. Conclui-se que deve ser estendido a critérios baseados na cosmogonia do paciente e não na autorização de familiares e laudos médicos. É necessário reconhecer a complexidade do fenômeno do suicídio a partir da individuação de direitos, por isso são necessários estudos situacionalizados de atenção ponderativa, como os realizados em casos de violência de gênero, violência psicológica, intenção

homicida, abuso infantil, etc. . Um protocolo de atendimento é proposto com base em autores de referência acordados e ferramentas de predição social.

Palavras-chave: Suicídio asistido; eutanásia; saúde pública; protocolo de atendimento; centralidade da cosmogonia.

Introducción

A lo largo de la larga literatura sobre el tema, es posible resumir ríos de palabras sobre debate sobre eutanasia y suicidio asistido para casos de pacientes terminales en dos posiciones. Por un lado, el grupo representado en el principio donde se considera que la vida es un derecho fundamental e inalienable, como se estipula en el artículo XX de la Declaración Universal de los DDHH. Esta posición suele hacerse eco de visiones teológicas donde la primacía de la vida es la consecuencia de algo más trascendente y que, por tanto, no es posible para los humanos en el nivel de la academia, la ciencia o el Derecho, tomar una decisión que acelere el fallecimiento de una persona, por los fines que fuesen. El código deontológico médico uruguayo representa esta posición en la Ley N° 19.286 de 25 de septiembre de 2014: “La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión” (Rodríguez Almada, González González, 2019)¹.

La otra posición supone que tanto la eutanasia como el suicidio asistido tienen una motivación piadosa: acabar con el sufrimiento del paciente y, de ello se presume que se adecúa el fallecimiento asistido del paciente a su cosmogonía. Desde esta perspectiva, el derecho a la vida se presenta con limitaciones en la condición sustantiva “derecho”, el Código de Ética Médica se refiere a la eutanasia, en su Título XII que dedica los siguientes artículos:

“Art. 90.- El médico no está autorizado para abreviar la vida del enfermo. Su misión fundamental frente a una enfermedad incurable será aliviada mediante los recursos terapéuticos del caso.

Art. 91.- Establecida la muerte cerebral, de acuerdo con las normas internacionales vigentes, no se justifican las acciones excepcionales para prolongar las manifestaciones vitales de las estructuras biológicas residuales.

¹ Rodríguez Almada, H. y González González, D. La eutanasia en debate, *Revista Médica Uruguaya*, 35(3), 2019, pp 169-170. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v35n3/1688-0390-rmu-35-03-1.pdf>

Art. 92.- En aquellos casos en que los indicadores clínicos e instrumentales revelen situaciones insalvables o incompatibles con la dignidad de la persona humana, queda al criterio del médico y de los familiares suspender los procedimientos extraordinarios. En caso de controversia se recurrirá al criterio de una Junta Médica constituida por tres especialistas afines al caso.” (Ministerio de Salud Pública, 1992)²

En esta formulación jurídica, figuras como la eutanasia y el suicidio asistido dependen de una autorización y, por tanto, suponen que, cumplidas las condiciones médicas, el profesional puede recibir la autorización para acelerar el fallecimiento del paciente.

Este artículo se va a enfocar en esta última posición y desarrollará los aspectos de juridicidad que integran los derechos de la persona cuyo fallecimiento se considera o se planifica.

El ángulo de abordaje consiste en identificar que toda eutanasia es, antes que todo,

- a. un suicidio asistido, por cuanto es costumbre considerar la presunción de la voluntad de un paciente con incapacidades para tomar decisiones sobre su vida. De hecho, si no fuese así, esto es, si se presumiese que la intención del paciente es no morir a pesar de su situación, no cabría conceptualmente la idea de eutanasia o muerte piadosa. Puntualmente, el artículo 92 revela que la acción del médico es, de facto, un suicidio asistido puesto que: “queda al criterio del médico y de los familiares suspender los procedimientos extraordinarios”. Lo que hace indistinto, en los términos jurídicos de un homicidio intencional, si se suspenden los procedimientos extraordinarios o se implementa una medida extraordinaria para interrumpir la vida.
- b. Una vez establecida esta noción, surge el problema de la noción de asistencia. Si la muerte que se va a impartir surge de la presunción de aceptación por parte de la víctima, la decisión no puede reposar exclusivamente en el diagnóstico médico, sino también en confirmar la presunción en la historia de vida del paciente, sobre todo si, de preferencia, ha dejado clara su intención. Las normas citadas muestran que, incluso habiendo dejado clara la intención del paciente durante el pleno uso de sus facultades, la decisión reposa solo en los familiares y personal médico. Esto podría implicar la enajenación de un derecho o, una manipulación

² Ministerio de Salud Pública, *Código de Ética Médica del Ecuador*, Acuerdo Ministerial 14660, Registro Oficial 5 de 17-ago.-1992, Lexis Finder, 1992.

<https://www.hgdc.gob.ec/images/BaseLegal/Cdigo%20de%20etica%20medica.pdf>

interesada de la vida del paciente o, simplemente, una decisión contraria al espíritu y evolución de la persona en su percepción del cosmos, mediante la “asistencia”.

- c. Como se ve, la decisión recae sobre una interpretación de los hechos que son conducentes a un litis, del mismo modo que trabajadores públicos, abogados y fiscales pueden establecer mediante evidencia, por ejemplo, la existencia de violencia psicológica, de femicidio (por razón de género) o de intencionalidad homicida. Es necesario reconstruir la situación que dio sentido e interpretación al acto para establecer su juridicidad sustancial. No es posible ni deseable presumir el deseo de un paciente en relación a su vida, por cuanto el derecho positivo, y de manera más clara, el neoconstitucionalismo, prohíben la presunción de la intención de una persona. La presunción de la intención del actor, sin las evidencia de rigor, da más cuenta de las percepciones subjetivas que tiene el juzgador (o los médicos y los familiares) sobre la naturaleza actor, que de la naturaleza objetiva, empírica y ponderable del acto juzgado, en consideración o que se planifica. Solo que, en este caso, es la historia de vida del paciente y no el acto mismo de su muerte, la que es objeto y sustantivo mismo de la norma, por cuanto es solo esta historia la que puede demostrar la sustancialidad de que la muerte será piadosa. En otras palabras, no puede haber muerte piadosa, si no es expresable de manera ponderable la intención del paciente de recibirla. Ello es lo que precisamente diferencia el suicidio del homicidio: la decisión suicida, esto es, sin asistencia, es una decisión personalísima, y esta condición debe preservarse durante el suicidio asistido.
- d. Esta muerte es impartida como una prolongación del derecho a la vida digna y, por tanto, es objeto de protección constitucional por parte del Estado. Ello implica que, para autorizar a un tercero en dar muerte a otra persona, es requerido reconocer, mediante prueba empírica, que dicho fallecimiento es un asunto relativo al bienestar común y, por tanto, de las competencias republicanas.

La eutanasia entendida como suicidio asistido: un enfoque postmoderno

El artículo 92 del Código Ético Médico ecuatoriano solo permite la decisión de acelerar un fallecimiento “en la presencia de situaciones insalvables o incompatibles con la dignidad de la persona humana”. Sin embargo, tanto un criterio como el otro son ponderaciones extremadamente

subjetivas. Si bien la literatura médica puede mostrar que una condición médica es insalvable, ya ha sido conocida por la práctica médica común, que los pronósticos médicos no siempre son estables. Muchos casos, respondiendo a contextos difíciles de considerar en este artículo han demostrado que los plazos del fallecimiento son diferentes a lo pronosticados. En el caso de las ciencias exactas, la diversidad biológica humana, una constante incontrovertible de todo individuo biológico, suele ser difícil de ponderar en la decisión médica, normalmente basada en experimentos con grupos humanos de diferentes diversidades condicionadas. La crisis de la filosofía postmoderna da constancia de la inconmensurabilidad de la realidad toda, y particularmente, biológica y social (Ginnobili, 2014; Castro Aniyar, 1999; Rengifo Catañeda et al., 2015; Kuhn, 1971)³⁴⁵⁶. Este debate ha enseñado que las decisiones absolutas, autocentradas en la razón, son insuficientes para comprender la complejidad de la condición física, química, biológica y social del entorno conocido. Por tanto, si la decisión que implica dar muerte a otra persona es un acto irreversible, no es deseable que un modelo de ponderación basado en informes médicos y la subjetividad de la familia en relación a conceptos tan ambiguos como “situaciones insalvables” sean determinantes.

En lo relativo a la dignidad de la persona humana, también se identifica una enorme carga subjetiva para su ponderación, quizás aún mayor. Sin embargo, dado que la decisión de suicidio asistido presenta una lectura mandatoria en relación a la protección de la integridad y dignidad de la persona objeto de la ley, y se extiende del principio de vida digna, el criterio de la dignidad no puede ser excluido por parte del jurista.

De este modo, tanto el criterio de situación médica insalvable, como el de dignidad humana se refieren a una interpretación que los familiares y el personal médico hacen de la voluntad, que la ley presume no expresada, por el paciente. Todo el sistema que define la autorización de eutanasia, como suicidio asistido, por tanto, es una interpretación de la voluntad de la persona objeto en quitarse la vida o no. El criterio del médico y de los familiares de “suspender los procedimientos

³ Ginnobili, S. La inconmensurabilidad empírica entre la teoría de la selección natural darwiniana y el diseño inteligente de la teología natural. *Theoria: una revista internacional de teoría, historia y fundamentos de la ciencia*, Universidad del País Vasco, Vol. 29, No. 3 (81) (septiembre de 2014), pp. 375-394

⁴ Castro-Aniyar, Daniel. 1999. “Más acá de la razón”, *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*, 4 (7). Universidad del Zulia, <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/18284>

⁵ Rengifo Castañeda, C.A., Wong, E.M., Bernal López, L.A., Ortiz Salazar, A., Ayala Ardila, R., Algunas aproximaciones a los conceptos de inconmensurabilidad, racionalidad y su incidencia en los modelos pedagógicos a la luz de la propuesta Kuhniana, *Sophia*, vol.11 no.1 Armenia (Jan./June 2015)

⁶ Kuhn, T. *La estructura de las revoluciones científicas*, Fondo de Cultura Económica, Breviarios, 1971.

extraordinarios” parten del principio de que el paciente hubiera preferido una opción o la otra. Por lo cual, si todo este contexto se produjese alrededor de un paciente con pleno uso de sus facultades mentales y expresivas, no tendría sentido. Se ha visto que toda eutanasia es, de por sí, un suicidio asistido, solo que es interpretado ante el hecho de la discapacidad del paciente.

La pertinencia del Estado en la asistencia

Dado que toda eutanasia es una forma dentro del concepto de suicidio asistido, la asistencia debe responder a la mejor interpretación de dignidad y consecuencia. El estado representa y se define a partir del poder jurídico con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos ciudadanos. A pesar de ciertas diferencias epistemológicas, tanto la estructura básica del Derecho Penal de Zaffaroni (2011)⁷, la Teoría General del Derecho de Meza (2018)⁸ y la Teoría General del Derecho de Bobbio (2009)⁹, la juridicidad se legitima a partir de la eficiencia social de la norma en el cumplimiento de un horizonte axiológico en movimiento. La individuación de la norma hace eco de la legitimidad social de los principios con los que la sociedad, reflejo de sus propias estructuras de poder, y entiende cosmogónicamente la norma, la desviación, la violencia y los derechos. Bobbio, por ejemplo, analiza la idea de ordenamiento jurídico como unidad sistemática en la base del derecho positivo.

El expresa que el principio positivista en la teoría pura del derecho está inspirado en la máxima de que es el sistema mismo la fuente del derecho, puesto que es el rey el que hace la ley, por lo que no lo sería el sentido puro de justicia, ética o virtud, característica de los iusnaturalistas, sino la inmanencia del poder política la que define la validez de la norma. A decir de Hobbes, non sapientia sed auctoritas facit legem. Pero Bobbio entiende que no es el jurista ni el legislador, ni la burguesía, ni la autoridad política las que tienen la última palabra, por cuanto ellos mismos son el resultado de leyes y equilibrios de legitimidad. Por ello, contrapone la idea de legitimidad en Weber para indicar que la fuente de realidad de la ley debe provenir de la eficacia.

“Frente a la pregunta de por qué la organización ilícita no reposa sobre una norma fundamental (...) el verdadero término de comparación que permite establecer cuál de las

⁷ Zaffaroni R., 2011. Estructura Básica del Derecho Penal. Buenos Aires:Ediar.

⁸ Meza Intriago, Dilmer (2018). “Lecciones de Teoría General del Estado y del Derecho” en Castro Aniyar, D. (edit.) Leccionario de Derecho Fundamental y Criminología. Manta: Ediciones Uleam.

⁹ Bobbio, N., *Teoría general de la política*, Trotta, España, 2009, pp. 767

dos organizaciones es un ordenamiento jurídico acaba siendo la eficacia, mejor dicho, la eficacia continua o más exactamente cuál de las dos sea más continua (...) el ordenamiento ilícito no resulta considerado por el mismo rasero que el ordenamiento normativo del Estado porque ‘éste es más eficaz que el ordenamiento coercitivo sobre el que se basa la banda de ladrones’” (Bobbio, 2009, p. 269)¹⁰.

El derecho es una ciencia social, y evoluciona en la medida en que la sociedad evoluciona creando nuevos mecanismos de comportamiento. Las sociedades necesitan avanzar de manera más específica hacia aquello que es legítimo en la cosmogonía del posible suicida, las formas de las legitimidades se transforman, y definen de manera diferente la eficacia de una norma en el tiempo. A pesar de ello, estas formas de legitimación son la fuente real del derecho.

El Estado, por tanto, no debe rehuir de la individuación de la norma, porque la legitimidad reside en el conjunto de cosmogonías sumadas, con toda su diversidad. Los derechos fundamentales políticos y civiles se contienen, de hecho, en la idea de individuo y persona. Es cierto que cuando la ley define a favor de las mayorías estadísticas, define un criterio de bienestar general ante el que las minorías deben ceder, por el bien mismo de la generalidad. Pero la Ley también defiende la individuación, cuando reconoce el derecho de las minorías y sobre todo, cuando este derecho no afecta el principio liberal de bienestar general. Este es el caso del suicida. La persona suicida establece su derecho de matar sin que ello afecte la vida de los otros, por lo cual, escapa de la pena, su cadáver también lo hace, así como su familia también escapa de ella. Pues la norma solo tiene sentido cuando es disuasiva, eficiente y legítima (Beccaria, 2015)¹¹

Todo por lo cual, el suicida tiene derecho a suicidarse, aunque esto no esté claro en la norma. Ahora, las personas cometen errores. En ello consiste el sentido mismo del derecho penal. ¿Cometerá un error un suicida al suicidarse? ¿El asistente al suicidio cometerá un error al ejecutar la autorización de muerte? La medida republicana obliga a que estas respuestas sean de interés público, porque responden a la individuación de los derechos fundamentales. No son solo asuntos domésticos o subjetivos, ausentes del ámbito público. El Estado, por tanto, debe intervenir en la decisión del asistente al suicidio.

¹⁰ Idem

¹¹ Beccaria, Cesare (2015) [1764]. Tratado de los delitos y las penas. Figuerola Institute. Madrid: Universidad Carlos III

La autonomía cosmogónica en el centro de la decisión médica

La medicina es el reflejo de importantes evoluciones paradigmáticas sobre el cuerpo humano y su relación con el universo. Demostración de ello son los múltiples cambios que ha sufrido uno de los textos más conocidos alrededor del mundo, como es el aporte de Hipócrates, con su “Juramento Hipocrático”.

La Asociación Médica Mundial (AMM), creada en 1947 “para asegurar la independencia de los médicos y para servir los niveles más altos posibles en conducta ética y atención médica en todo momento”, adoptó en 1948 la “Declaración de Ginebra” de la cual Ecuador es parte, para asegurar la independencia de los médicos y garantizar los niveles más altos de su conducta ética y atención. Se han ya realizado seis revisiones del juramento hipocrático -1948, 1983, 1986, 1994, 2005 y 2017- para mantenerlo actualizado de acuerdo a los modelos de práctica médica y asistencia sanitaria. (Pacheco, 2007; Sánchez-Salvatierra y Taype-Rondán, 2018)¹²¹³.

En la última actualización hace referencia justamente por primera vez a la relación entre médico y paciente, dándole una autonomía al paciente, a partir de ello rezan dos objetivos que permiten reconocer la importancia de la eutanasia e, incluso, del suicidio asistido cuando la enfermedad no es insalvable, e incluso, inexistente:

“(…) RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;
VELAR con el máximo respeto por la vida humana (…)” (Asociación Médica Mundial, 2021)¹⁴

Al subrayar las ideas centrales de respeto, autonomía, dignidad y no, centralmente, vida humana, se busca proteger mediante la muerte asistida a pacientes que sufren enfermedades que causan complicaciones y estragos para el correcto desempeño de sus actividades, provocando en ellos dolores y sufrimientos intolerables tanto físico como psicológicos, en niveles desmesurados. Pero

¹² Pacheco, Manuel. (2007). La Declaración de Ginebra: Hipócrates redivivo en la declaración de fidelidad profesional de los médicos ecuatorianos. Parte II y final. Cátedra de Humanidades Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. file:///C:/Users/Pavilion/Downloads/1037-Texto%20del%20manuscrito-3929-1-10-20181011%20(1).pdf

¹³ Sánchez-Salvatierra J. y Taype-Rondán, A., Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué?, *Revista Médica de Chile*, vol.146 no.12, Santiago (dic. 2018).

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001201498

¹⁴ Asociación Médica Mundial, DECLARACIÓN DE GINEBRA, 2021. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/>

también es posible interpretar extensiblemente, de esta redacción, que el juramento compromete al médico en identificar una noción subjetiva de autonomía y dignidad, íntimamente relacionada con la cosmogonía y la identidad del paciente, incluso cuando la enfermedad sea apreciada como de baja relevancia o inexistente.

La primera definición de paciente, corresponde a aquellos que sufren un tipo considerado intolerable de sufrimientos, en algunos casos padecen de varias enfermedades que intensifican su dolor. La realidad es que no únicamente se enfrentan a dolores que no pueden ser calmados en su totalidad por los medicamentos ya existentes, sino que se enfrentan a síntomas o efectos secundarios de dichos medicamentos que causan, como cefaleas, vómitos, pérdida de apetito, mareos, alucinaciones e incluso convulsiones, que se fusionan intensificando el nivel de suplicio que viven a cada segundo. Pero estos niveles de sufrimiento pueden encontrarse también, por ejemplo, en depresiones agudas o en tránsitos de vida culturalmente inaceptables.

Sócrates definía a la buena muerte y la calidad de vida en los siguientes términos:

“No es el vivir (to zen) lo que por sobre todo debe ser valorado, sino el vivir bien (to eu zen). El vivir bien (to eu zen) es lo mismo que vivir bella (kalos) y justamente (dikaios)” (Aguayo Westwood, 2020, p.11)¹⁵

De lo cual se desprende que lo que es bueno no es el mero vivir, sino el vivir bien; en consecuencia, el que ha asumido plenamente su vida ha de vivir tanto como deba y no solo como pueda. Este es el principio de la calidad de su vida. La cuestión no estriba en morir antes o después, sino en morir bien o mal. Y morir bien significa escapar del peligro de vivir mal.

Desde dicha perspectiva, no se trata del tiempo en que suceda la muerte o el medio en el que llega, ya sea antes o después, se trata del tiempo que dura una vida digna. (Juanatey, 2004)¹⁶.

En Marx también se entiende que el que vive para el trabajo alienante es “un cadáver”. Así se plantea este problema en autores de la ciencia de enfermería:

“El Capital es un libro que ha sido pensado, en algunos casos, como una obra árida, destinada a los estudiosos del tema y, aparentemente, nada tiene que hacer ahí la muerte, sin embargo, en el capítulo “Capital constante y capital variable”, Marx se refiere a los medios de trabajo y Marx que, durante el proceso de trabajo, éstos se agotan y, en

¹⁵ Aguayo Westwood, P., Lo realmente importante no es vivir, sino vivir Bien. Una discusión sobre eutanasia, autonomía y autorrespeto. *Acta Bioethica*; 26 (1), 2020, pp. 9-16 <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v26n1/1726-569X-abioeth-26-01-9.pdf>

¹⁶ Juanatey, C. (2004). El derecho y la muerte voluntaria. México D.F.: Distribuciones Fontamara S.A.

consecuencia, les llama “cadáveres” y esto también les ocurre a los hombres. Todo hombre muere 24 horas al cabo del día, sin embargo, el aspecto de una persona no nos dice nunca con exactitud cuántos días de vida le va restando ya la muerte” (Brena Ramos, 2020)¹⁷

De tal modo, que la deontología médica ha venido aceptando, en una medida aun discutida, que la cosmogonía de la persona priva, incluso, sobre su propia vida. La asistencia a su muerte deriva en una responsabilidad mayor que la puramente médica. Y, por lo mismo, presenta aspectos de interés de salud pública, política pública y acción integral del Estado.

Resultados

“Es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento”

Séneca

Entre las razones por las que se produce un suicidio existe la alternativa para otorgar una calidad de alivio y dignidad a un ser humano en situación medicamente apremiante. Actualmente, de hecho, quitarse la vida es respaldado desde el punto de vista de muchos médicos. Pero el debate se remonta a varias épocas. Desde el siglo XVII, Francisco Bacon, reconocido como el defensor de la muerte buena, en su libro *Novum Organum*, se pronuncia con las siguientes palabras: “Páreceme que la función de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas del dolor. Y esto debe hacerse, no sólo cuando el alivio del dolor produzca la curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte”. (Jiménez de Azua L, 1984).

Tomando en cuenta este principio, se ofrece la base para un protocolo de salud pública que defina a la persona que puede ser objeto de asistencia al suicidio, en términos de enfermedades terminales o cuyo sufrimiento es insoportable. También es posible considerarse para personas que no estén en esta última posición, pero argumentar su justificación requerirá de otro debate no pertinente a los fines de este artículo.

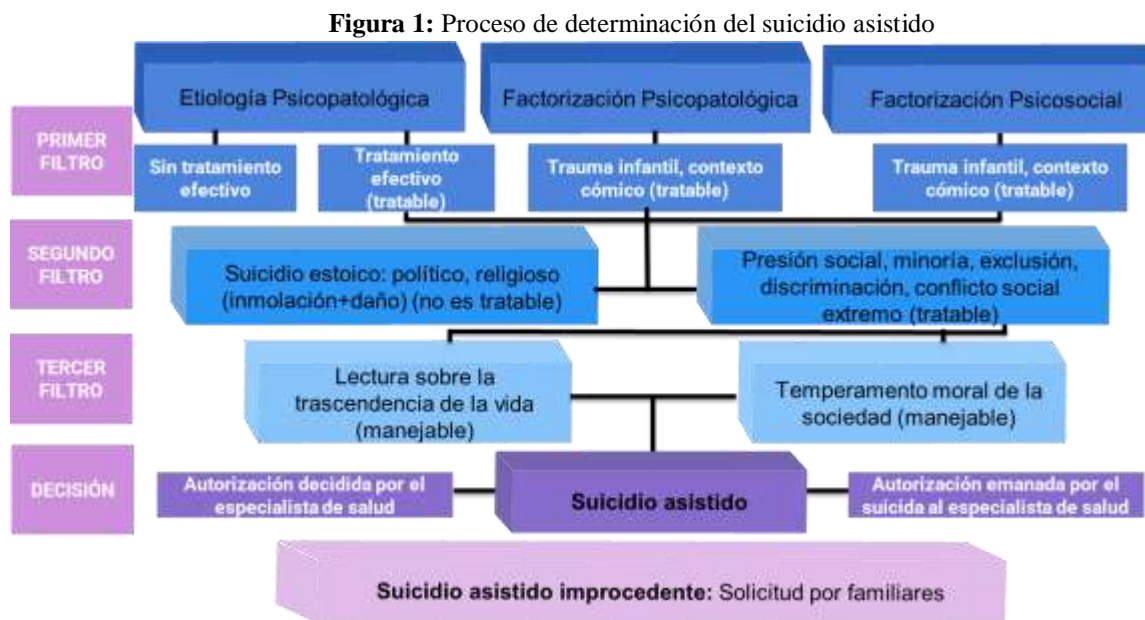
Dada la extensa literatura reciente sobre este tema, se han preferido dos autores de sólida referencia: Durkheim (1928)¹⁸, en los orígenes de la sociología, y Jiménez de Asúa (1992)¹⁹, en

¹⁷ Brena Ramos, V., La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras, *Educere*, vol. 24, núm. 79, 2020, pp. 503-512. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/356/35663293002/html/index.html>

¹⁸ Durkheim, E. *El suicidio. Estudio de sociología*. Editorial Reus, Madrid, 1928.

¹⁹ Jiménez de Asúa, L., Eutanasia y homicidio por piedad, *Derechos Humanos*, CODHEM, Número 48, 1992. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-emx/article/view/23561/21060>

los orígenes de la criminología. También se utilizan herramientas de la predicción social, con el fin presumir retroactivamente la importancia de la decisión suicida. Según sus fuentes se propone el siguiente protocolo de actuación:



Como en los árboles genealógicos, la línea descendiente implica la selección de una persona que puede ser asistida a morir, aunque no haya expresado previamente su deseo e, incluso habiéndolo expresado. La ausencia de línea descendiente, por tanto, impide la selección de la persona.

El sistema presenta tres niveles de filtrado. Los niveles vienen establecidos por la distancia entre la estructuralidad (poca capacidad de transformación cultural) y la situacionalidad (mayor capacidad de transformación cultural) se obtienen de la teoría de los tres relojes, aplicada en la predicción social (Castro Aniyar, 2020)²⁰. El primero se enfoca en los procesos de menor dinamismo transformativo, y corresponde al primer reloj. El segundo presenta aspectos interaccionales de enorme importancia en las definiciones identitarias de la conducta, pero de menor carga estructural. El tercer nivel presenta aspectos tanto personales como de la relación del individuo con su nación moderna, la cual suele ser flexible en términos transformativos y corresponde al tercer y último reloj.

²⁰ Castro Aniyar, D. La predicción social. Apuntes sobre el uso de la ciencia y las emociones en sistemas inteligentes de predicción. SENADI. Dirección Nacional de Derecho de Autor y Derechos conexos. Certificación N. GYE 011875. En proceso de publicación.

Se estima que una persona con una carga psicopatológica no tratable, no puede tomar la decisión de suicidarse. Presenta una importante discapacidad en procesar la realidad tal cual es (entendida como un estándar colectivo) y por lo cual no puede identificar su relación con la muerte con todos los factores necesarios, incluyendo nuestra propia comprensión de o factores que motivan su suicidio. A pesar de que se habla de psicopatología, es importante ubicar aquí formas de neurodiversidades incompatibles con las formas representadas de realidad que requiere el trabajo y la convivencia social básica.

Adicionalmente se incorpora en el segundo reloj el suicidio estoico, como incapacitante al suicidio asistido. Éste agrupa a las personas que desean su suicidio para hacer daño a terceras personas (o al mismo asistente). Lo hacen como un acto clasificatorio de desviados contra normales, por el que el suicidio propende a compensar lo considerado injusto, desequilibrado o inarmónico. Por cuanto este suicidio no tiene por principio la liberación de la propia identidad, presenta aspectos delictivos o que rozan en lo antijurídico, y no debe ser sujeto de asistencia autorizada por el Estado.

Los familiares, en esta perspectiva, deben formar parte del estudio de la historia de vida que define la situación del posible suicida, por lo que su autorización debe carecer de autonomía. Adicionalmente, es posible identificar motivaciones de interés particular (herencia, conflictos familiares, seguros de vida, por ejemplo) que pueden contaminar su ascendencia sobre la decisión.

Conclusiones

Este artículo no solo concluye sobre la necesidad de pensar en la eutanasia como una forma de suicidio asistido, en coincidencia con abundante literatura reciente, sino que indica que existe responsabilidad de las protecciones estatales en esta asistencia. Para tal fin propone las bases de un protocolo de atención que defina la selección de la persona con el interés, explícito o presumido, de esta asistencia, con el fin de impedir decisiones irreversibles en personas que no estén preparadas, y además, con el fin de diluir la decisión de los médicos y los familiares a favor de un ángulo provisto por un estudio de vida de la persona.

Referencias

1. Katz, Leonardo. (2007). La medicina en tiempos de Hipócrates. Revista Médica de la Universidad Veracruzana / Vol. 7 núm. 1, Enero. <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071h.pdf>
2. Lain, Pedro. (1970). La Medicina Hipocrita. Ediciones de la Revista de Occidente, S.A. Barbara de Braganza. file:///C:/Users/Pavilion/Downloads/la-medicina-hipocratica-0.pdf
3. Pacheco, Manuel. (2007). La Declaración de Ginebra: Hipócrates redivivo en la declaración de fidelidad profesional de los médicos ecuatorianos. Parte II y final. Cátedra de Humanidades Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. file:///C:/Users/Pavilion/Downloads/1037-Texto%20del%20manuscrito-3929-1-10-20181011%20(1).pdf
4. Juanatey, C. (2004). El derecho y la muerte voluntaria. México D.F.: Distribuciones Fontamara S.A.
5. Sanz J. (2008). El suicidio Asistido en la Antigua Roma [Mensaje de un Blog].Historia de la historia. Recuperado de [http// https://historiasdelahistoria.com/2018/06/27/el-suicidio-asistido-en-la-antigua-roma](http://https://historiasdelahistoria.com/2018/06/27/el-suicidio-asistido-en-la-antigua-roma)
6. Durkheim, E. (1982). Suicide a Study in Sociology. The free press a division of macmillian publishing Co., Inc, New York.
7. Jiménez de Azua, L. (1929). Libertad de Amar y Derecho a Morir. Aldus, S.A. de Artes Gráficas, Santander.
8. Garcia, G. (2007). Derecho a la vida Digna. Opinión Jurídica, Vol. 6, No. 12, pp. 15 – 34, Medellin, Colombia.
9. file:///C:/Users/Pavilion/Downloads/Dialnet-DerechoALaVidaDignaElConceptoJuridicoDelDolorDesde-4851862%20(2).pdf
10. Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana C-239 de 1997.
11. Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana C- T-970 de 2014´
12. Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 1, 10 Diciembre 1948.
13. Constitución del República del Ecuador, Preámbulo, Publicada en el Registro Oficial N°.449, 20 de Octubre de 2008.

14. Constitución del República del Ecuador, Artículo 66, Publicada en el Registro Oficial N°.449, 20 de Octubre de 2008.
15. Sentencia de la Corte Constitucional del Ecuador, 006-15-SCN-CC, 27 de Mayo de 2015.
16. Ley de Derechos y Amparos al paciente, Ley 77, Registro Oficial Suplemento 626 de 03 de Febrero de 1995.
17. Ley Orgánica de la Salud, Ley 67, Registro Oficial Suplemento 42, en literal h, artículo 7, 22 de Diciembre de 2006.
18. Código Penal, Registro Oficial Suplemento 147, artículo 454, 22 de Enero de 1971.
19. Código Orgánico Integral Penal, Ley 0, Registro Oficial Suplemento 180, artículo 146 10 de Febrero de 2014.
20. Séneca, L. (2000). Cartas a Lucilio, Editorial Juventud.

© 2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)