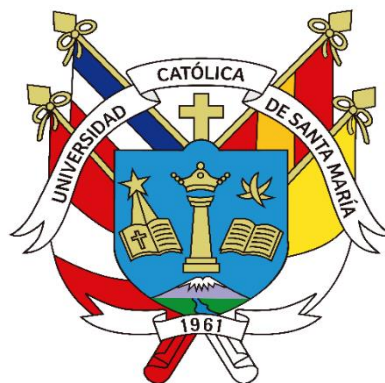


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Escuela Profesional de Derecho



**EUTANASIA Y SU POSIBLE APLICACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS GRAVES. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA CAPACIDAD PARA
BRINDAR CONSENTIMIENTO.**

**Tesis presentada por la Bachiller:
Barrios Huanqui, Jhiomira Mylady
para optar el Título Profesional de
Abogada.**

Asesor:

Dr. Fernández Paredes, Pedro Adolfo

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DERECHO

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 28 de Septiembre del 2023

Dictamen: 006873-C-EPDD-2023

Visto el borrador del expediente 006873, presentado por:

2015100262 - BARRIOS HUANQUI JHHOMIRA MYLADY

Título:

**EUTANASIA Y SU POSIBLE APLICACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
GRAVES. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA CAPACIDAD PARA BRINDAR CONSENTIMIENTO**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29517074 - ZEGARRA FLOREZ GERARDO
DICTAMINADOR**



**42788398 - KUONG MORALES MEILL
DICTAMINADOR**



EUTANASIA Y SU POSIBLE APLICACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA CAPACIDAD PARA BRINDAR CONSENTIMIENTO

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

pprfamilia.pj.gob.pe

Fuente de Internet

2%

2

uvadoc.uva.es

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.unp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.ucp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

elnuevodiario.com.do

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

“A mis padres, por todo el apoyo, amor y paciencia que respaldó
la elaboración de esta investigación”



Epígrafe

“La muerte no es una cosa tan grave; el dolor sí”.

André Malraux



AGRADECIMIENTOS

“A mis profesores, amigos y compañeros de estudio por sus observaciones, que ayudaron a elaborar esta investigación”



RESUMEN

La eutanasia ha producido amplios y profundos debates entre juristas, médicos y filósofos de la ética, puesto que, supone un proceso mediante el cual se va a poner fin a la vida de una persona, deliberadamente. La eutanasia se viene aplicando en muchos países de Europa, desde inicios del presente siglo, siendo un ejemplo de ello Holanda, Bélgica, Luxemburgo y España. No obstante, su aplicación en Latinoamérica, ha producido un conflicto entre los defensores de la sacralidad de la vida y la corriente que favorece los “derechos individuales”, que tienen como fundamento la autodeterminación del individuo. En Latinoamérica solo Colombia ha legalizado la eutanasia, asumiendo los criterios de otros países, en cuanto a los requisitos a cumplir para que la solicitud de eutanasia sea válida.

En Perú, el caso de Ana Estrada ha sido el primer pronunciamiento de los tribunales peruanos respecto de la posible aplicación de la eutanasia, concediéndole el derecho a morir. En dicha resolución participaron el defensor del pueblo, médicos y miembros de la Pontificia Universidad Católica del Perú, cada uno de estos integrantes aportando ideas al debate. Las cuestiones abordadas en este texto desarrollan la evolución histórica de la eutanasia, una revisión de los conceptos de persona y dignidad humana, así como de los derechos en conflicto que se presentan en su aplicación de la eutanasia. Todo ello en el marco del proceso eutanásico en pacientes con trastornos psiquiátricos graves, incidiendo en el requisito del consentimiento informado.

Palabras clave: Eutanasia, Dignidad humana, Persona, Autodeterminación, Sacralidad de la vida, Derecho individuales.

ABSTRACT

Euthanasia has produced wide and deep debates among jurists, physicians and philosophers of ethics, since it is a process by which the life of a person is deliberately put to an end. Euthanasia has been applied in many European countries since the beginning of the present century, such as Holland, Belgium, Luxembourg and Spain. However, its application in Latin America has produced a conflict between the defenders of the sanctity of life and the current that favors "individual rights", which are based on the self-determination of the individual. In Latin America, only Colombia has legalized euthanasia, assuming the criteria of other countries, in terms of the requirements to be fulfilled in order for the request for euthanasia to be valid.

In Peru, the case of Ana Estrada was the first pronouncement of the Peruvian courts regarding the possible application of euthanasia, granting her the right to die. The Ombudsman, physicians and members of the Pontifical Catholic University of Peru participated in the decision, each of them contributing ideas to the debate. The issues addressed in this text develop the historical evolution of euthanasia, a review of the concepts of person and human dignity, as well as the conflicting rights that arise in the application of euthanasia. All this in the context of the euthanasia process in patients with severe psychiatric disorders, with emphasis on the requirement of informed consent.

Keywords: Euthanasia, Human Dignity, Person, Self-Determination, Sacralty of Life, Individual Rights.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA | 3 |
| AGRADECIMIENTOS | 5 |
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRAC | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| HIPÓTESIS | 13 |
| OBJETIVOS | 14 |
| 1. Principal | 14 |
| 2. Secundarios | 14 |
| MARCO TEÓRICO | 15 |
| CAPITULO 1: EUTANASIA: CONCEPTO, DESARROLLO HISTÓRICO E IMPLICANCIAS. | 16 |
| 1. Nociones previas: | 16 |
| 2. ¿Qué es la eutanasia? | 17 |
| 2.1. Tipos de eutanasia | 18 |
| 2.2. Requisitos para solicitar la eutanasia | 19 |
| 2.2.1. Enfermedad grave y dolorosa | 20 |
| 2.2.2. Enfermedad terminal | 20 |
| 2.2.3. Consentimiento informado | 21 |
| 3. La eutanasia a lo largo de la historia | 22 |
| 3.1. En la época clásica | 22 |
| 3.2. En la edad media | 23 |
| 3.3. En el renacimiento | 24 |
| 3.4. En la modernidad | 26 |
| CAPITULO II: LA EUTANASIA EN EL DERECHO INTERNACIONAL Y NACIONAL | 27 |
| 1. Países que han legalizado la eutanasia | 28 |
| 1.1. En Europa | 28 |
| 1.1.1. Holanda | 28 |
| 1.1.2. En Bélgica | 28 |
| 1.1.3. En Luxemburgo | 29 |
| 1.2. En Latinoamérica | 30 |
| 1.2.1 Colombia | 30 |
| 2. Documentos de carácter internacional | 30 |
| 2.1. Recomendación relativa a los derechos de los enfermos y los moribundos | 31 |
| 2.2. Código internacional de ética médica | 32 |

| | |
|--|----|
| 2.3. Declaración de Sydney | 33 |
| 2.4. Declaración de Venecia sobre enfermedad terminal | 34 |
| 2.5. Protección de los enfermos en la etapa final de su vida | 34 |
| 2.6. La declaración universal sobre bioética y derechos humanos adoptada por la conferencia general de UNESCO. | 36 |
| 2.7. La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. | 38 |
| 2.8. Declaración de la asociación médica mundial sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica | 39 |
| 3. El caso peruano: Ana Estrada | 40 |
| 3.1. Sentencia Corte Superior | 40 |
| 3.1.1 Hechos | 40 |
| 3.2 Partes del proceso y pronunciamientos | 41 |
| 3.2.1. La Defensoría del Pueblo | 41 |
| 3.2.2. El Ministerio De Justicia | 42 |
| 3.2.3. El Ministerio de Salud | 43 |
| 3.2.4. Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos | 43 |
| 3.2.5. Pontificia Universidad Católica Del Perú | 45 |
| 4. Análisis de la primera sentencia del caso Ana Estrada | 45 |
| 4.1. Los derechos innominados | 45 |
| 4.2. El derecho a la dignidad | 46 |
| 4.3. Autopercepción como criterio de dignidad | 47 |
| 4.4. El ser humano como libertad | 47 |
| 4.5. Del dolor | 48 |
| 4.6. Modelos de reacción constitucional a la eutanasia | 49 |
| 4.7. Aplicación del test de proporcionalidad y sentencia | 50 |
| 5. Sentencia de Ana Estrada Corte Suprema | 51 |
| 5.1. Tres perspectivas de la dignidad humana | 53 |
| 5.2. La muerte digna como derecho | 54 |
| CAPITULO III: LA DIGNIDAD HUMANA, AUTODETERMINACIÓN Y PERSONA | 56 |
| 1.Nociones Generales | 56 |
| 1.1. Las diferentes concepciones de la Dignidad Humana | 57 |
| 1.1.1. La Dignidad en Grecia | 58 |
| 1.1.2. La Dignidad en el Medioevo | 58 |
| 1.1.3. La Dignidad en la modernidad | 60 |
| 1.2. La Dignidad Humana en las resoluciones del Tribunal Constitucional Peruano | 61 |
| 2.La autodeterminación como manifestación de la autonomía del individuo | 63 |

| | |
|---|----|
| 2.1 Tipos de ausencia de la autonomía | 64 |
| 2.1.1. Pérdida circunstancial de la autonomía | 64 |
| 2.1.2. Pérdida parcial de la autonomía | 64 |
| 2.1.3. Pérdida total de la autonomía | 65 |
| 2.1.4. Autonomía desplazada y duplicada | 65 |
| 2.2. La autodeterminación en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional Peruano | 65 |
| 3.El concepto de persona | 67 |
| CAPÍTULO IV: BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES | 69 |
| 1.Definición de trastorno mental grave | 69 |
| 2.Consecuencias de padecer un trastorno psiquiátrico grave | 70 |
| 2.1. Efectos en la percepción | 71 |
| 2.1.1. Delirio | 71 |
| 2.1.2. Alucinación | 72 |
| 2.2. Efectos emocionales y sociales | 72 |
| 2.2.1. Afecciones emocionales | 72 |
| 2.2.2. Afecciones sociales | 73 |
| 2.3. Efectos de los trastornos psiquiátricos en la toma de decisiones | 73 |
| 2.4. Trastornos psiquiátricos graves | 73 |
| 2.4.1. Esquizofrenia | 73 |
| 2.4.2. Psicosis | 74 |
| METODOLOGÍA | 75 |
| PLANTEAMIENTO OPERACIONAL | 76 |
| 1.TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN | 76 |
| 1.1. Ubicación Espacial | 76 |
| 1.2. Ubicación Temporal | 76 |
| 1.3 Unidades De Estudio | 76 |
| 2. MODO | 77 |
| 3. MEDIOS: | 78 |
| 3.1. RECURSOS HUMANOS: El tesista | 78 |
| 4. RECURSOS MATERIALES | 78 |
| 5. CRITERIO PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS | 78 |
| 6. CRONOGRAMA DE TRABAJO – 2021. | 78 |
| RESULTADOS | 79 |
| LA EUTANASIA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS | 80 |
| 1.La capacidad jurídica de las personas con trastornos mentales | 80 |

| | |
|---|----|
| 1.1. Capacidad de goce y capacidad de ejercicio | 82 |
| 2. La autodeterminación en pacientes psiquiátricos | 86 |
| 3. Aplicación de la eutanasia en pacientes psiquiátricos | 86 |
| 3.1. Controversia en los requisitos para solicitar la eutanasia en el caso de TMG | 88 |
| 3.1.1. Enfermedad terminal o grave en TMG | 88 |
| 3.1.2. Enfermedad dolorosa | 88 |
| 3.1.3. Consentimiento informado | 89 |
| CONCLUSIONES | 91 |
| RECOMENDACIONES | 95 |
| REFERENCIAS | 97 |



INTRODUCCIÓN

La eutanasia activa es aquel proceso mediante el cual un médico, haciendo uso de sus saberes proporciona al paciente la muerte, este proceso necesita del cumplimiento de tres requisitos generales: a) sufrir una enfermedad dolorosa, b) terminal y grave, certificada por el médico responsable, c) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir (Montero, 2019). Un debate específico sobre el tema ha surgido, en el Perú, a raíz del caso Ana Estrada; Estrada padece de polimiositis, enfermedad que ha causado graves estragos en su salud, disminuyendo su calidad de vida, haciendo que esta pierda toda dignidad según las propias palabras de la paciente. Es por ello por lo que, alegando que su salud lejos de mejorar irá empeorando progresivamente, solicita al Estado peruano le brinde la posibilidad de “muerte digna”.

En países como Bélgica, Holanda, Luxemburgo y España, la eutanasia es legal y se aplica no solo a personas con enfermedades físicas, sino también a enfermos mentales (Reis de Castro et al, (2016). Para que la eutanasia se aplique a estas personas se deben de cumplir los requisitos mencionados con anterioridad. El problema al respecto de la aplicación de la eutanasia en pacientes psiquiátricos, surge precisamente, debido al cumplimiento de dichos requisitos, puesto que, una de las principales consecuencias de los trastornos mentales, es la pérdida de la percepción de la realidad, por ende, de la capacidad de discernir del paciente, lo mismo que haría imposible afirmar que pueda prestar su consentimiento válidamente.

Estas cuestiones son las que avivan esta investigación que tiene por objetivo, dilucidar la posibilidad jurídica de consentimiento para la aplicación de la eutanasia en personas con TMG. Si bien es cierto que, en Perú, el debate aún se encuentra limitado a la eutanasia por enfermedad física, no es menos cierto que proyectarnos al futuro es un hábito saludable en un mundo globalizado.

Pues si bien, el debate que traemos hoy a colación aún no está en boga entre los juristas peruanos, es probable que en unos años más lo este y esta investigación sentaría uno de sus primeros antecedentes. Que el debate se proyecte a futuro no quita que la cuestión tenga relevancia para el presente, ya que del análisis de los requisitos eutanásicos para pacientes psiquiátricos podemos deducir importantes conclusiones para el proceso eutanásico indiferentemente de las causas que lo motiven.

HIPÓTESIS

Dado que:

Las personas que padecen trastornos psiquiátricos graves no pueden brindar su consentimiento válidamente, **probablemente**, deberían de ser excluidos de la aplicación de la eutanasia.



OBJETIVOS

1. Principal

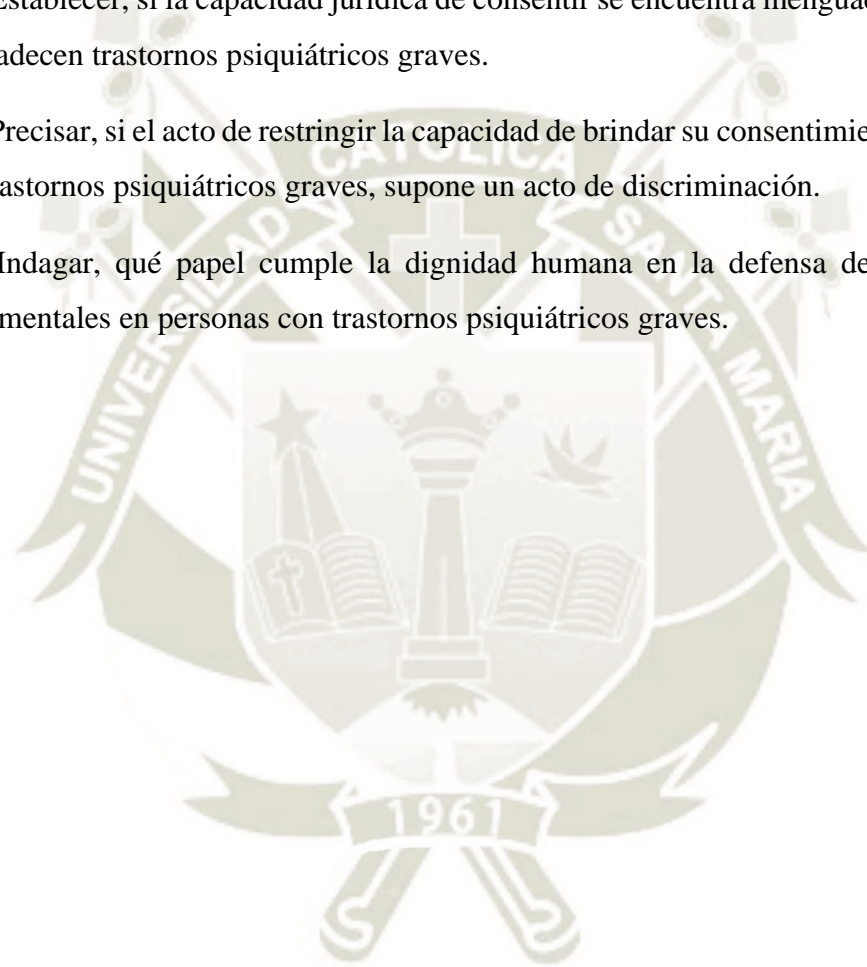
1.1. Determinar, si las personas con trastornos mentales graves pueden emitir consentimiento válido, para que se les aplique la eutanasia.

2. Secundarios

2.1. Establecer, si la capacidad jurídica de consentir se encuentra menguada en personas que padecen trastornos psiquiátricos graves.

2.2. Precisar, si el acto de restringir la capacidad de brindar su consentimiento a personas con trastornos psiquiátricos graves, supone un acto de discriminación.

2.3. Indagar, qué papel cumple la dignidad humana en la defensa de los derechos fundamentales en personas con trastornos psiquiátricos graves.





MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: EUTANASIA: CONCEPTO, DESARROLLO HISTÓRICO E IMPLICANCIAS.

1.Nociones previas:

La eutanasia, ha generado un amplio debate planteando importantes dilemas éticos y jurídicos; particularmente, dentro del derecho ha causado conflicto entre valores, verbigracia: libertad vs vida. Según los modernos parámetros de ponderación de valores, la vida se encuentra por encima de la libertad, no obstante, en el tema que nos concierne entrará en juego un tercer valor jurídico: “la dignidad humana” (Aguilera y Gonzales, 2012).

Este tercer elemento, producirá que la decisión se vuelva compleja, no siendo posible afirmar que, en la controversia sobre la eutanasia, debe de prevalecer siempre el respeto a la vida. Pues, se cuestionará si la vida que se está protegiendo es digna de ser vivida, y de ser la respuesta negativa, nos preguntaremos entonces ¿Por qué no permitir que el enfermo pueda poner fin a su vida de manera consentida?

Las posturas que abogan por una legalización de la eutanasia, utilizan los conceptos de “vida digna” o “muerte digna”, para hacer referencia a aquella muerte que pone fin a una existencia que por padecer de ciertas dolencias se ha tornado invivible, por lo que sería mejor para la persona que la padece, que esta tuviera fin. Otro argumento en favor de la aplicación legal de la eutanasia según Garay-Delgado (2021), es el que incide en la esencialidad de “la autodeterminación del individuo” para el contenido de la dignidad humana, pues afirma que no existe dignidad sin autonomía.

Por el contrario, las posturas en contra alegan que la legalización de la eutanasia es imposible, por ser contraria a la “sacralidad de la vida”, postura que se desprende del reconocimiento por parte de los ordenamientos legales de proteger la vida humana y su dignidad (Marín-Olalla, 2020). Otro argumento, es que la eutanasia debería ser considerada dentro de los supuestos de homicidio, ya que, a la actualidad, la vida es un bien de naturaleza indisponible, por lo que el consentimiento que otorga el enfermo para que se le aplique sería inválido y por ello, el actuar del médico un crimen. (Gonzales, 2022).

2. ¿Qué es la eutanasia?

La eutanasia es aquel proceso, por medio del cual se hace uso de los saberes médicos para poner fin a la vida de un paciente, que lo ha solicitado voluntariamente. Este proceso se diferencia del suicidio asistido, en que, en la eutanasia es el propio médico el que acciona y realiza cada una de las etapas del proceso; en el suicidio asistido es el propio paciente el que efectúa las acciones que desembocará en su muerte, ayudado por un médico. (Lizcano et al, 2022).

Pastor (2019), define a la eutanasia como: aquel acto del profesional de la salud que produce la muerte consentida del paciente. Esta conceptualización hace hincapié en la intención de la acción del médico, es decir, el deseo de provocar por voluntad ajena el deceso de un tercero, con su aquiescencia, con la finalidad de sustraerlo del dolor. Es por ello por lo que, el objetivo de la eutanasia es finiquitar una existencia enferma, el cese de la vida debe de ser la finalidad buscada, ha de estar prevista intencionalmente en la conciencia de quien solicita la *praxis* eutanásica.

Por tanto, según Merchán-Price (2019) sería el elemento subjetivo, el que diferencia a la eutanasia del homicidio piadoso, pues es evidente la convicción subjetiva de estar acabando con el sufrimiento de un tercero con buena intención, no con un ánimo de causar daño; de no ser así nos encontraríamos ante una modalidad de homicidio.

La eutanasia y el homicidio encuentran su diferencia no en el disvalor del resultado, que en ambos casos es el mismo, acabar con la vida de un tercero, sino en el disvalor de la acción, pues, a diferencia del homicidio, no se pretende dañar a la persona, sino, que se pretende causarle un bien al hacer cesar sus dolores. Esta postura está sujeta a críticas, no obstante, se ha aceptado este criterio, y como consecuencia se ha reducido la pena para el tipo de homicidio piadoso en relación con el homicidio simple. (Reyna, 2009).

La eutanasia tal y como la concebimos al día de hoy es diferente a la aplicada en el siglo pasado, denominada eutanasia eugenésica, pues este tipo de eutanasia busca dar muerte a aquellas personas a las que se considera infrahumanas (personas con discapacidades físicas o psíquicas), con el objetivo de mejorar la estructura social. Estas doctrinas para justificar sus ideas crearon el concepto de “vida indigna de ser vivida”, en la cual agrupaban a las minorías antes mencionadas. (Ferraro y Rousseaux, 2014).

Un ejemplo de esta práctica la encontramos en la Alemania nazi, los políticos y médicos nazis, en su afán de llevar a cabo, un proceso al que consideraron de “asepsia social” que

tenía por finalidad “purificar a la sociedad”, aplicaron la eutanasia sin consentimiento a enfermos mentales, personas que padecían retraso mental y otro tipo de discapacidad física o anomalía como el enanismo. Los parientes de estas personas fueron comunicados del deceso de sus familiares, dándose razones falsas para encubrir el genocidio. (Guralnik, 2013). Este crimen, tuvo sus raíces en las doctrinas del psiquiatra Alfred Hoche, el mismo que emigro de Alemania, y disintió de sus propias ideas, al ver el uso que se hizo de las mimas. (Aly, 2014).

En la presente investigación no trataremos sobre este tipo de prácticas, sino de aquella eutanasia consentida por el paciente y que tiene por objetivo cesar el dolor en el enfermo. La eutanasia antes descrita está dirigida a cesar las vidas, que desde una visión errada son indignas. En cambio, en la eutanasia moderna, el fin que se pretende es: dar muerte a una persona para ponerle fin, a sus sufrimientos, con el consentimiento del propio paciente. (Montero, 2019). Es importante hacer esta distinción ya que muchos detractores de la eutanasia, fundan su refutación en el uso que se hizo de ella en la Alemania de Hitler y que encuentra sus raíces en los trabajos de Hoche.

2.1. Tipos de eutanasia

Enmarcadas en el tipo de eutanasia objeto de la presente investigación encontramos dos tipos; la primera activa, porque se realiza mediante acción directa del médico, una acción que tiene como objetivo transformar la realidad del paciente conduciéndolo a la muerte, ejemplo: inyectarle una sustancia que provocará su muerte, hacer inhalar un gas que provocará el deceso. La segunda es pasiva, puesto que, el médico deja de realizar las acciones que prolongarían la vida del paciente, ejemplo: el médico que omite dar oxígeno, la omisión se produce se produce porque el paciente rehúsa que se le aplique el tratamiento. (Cantillo y Bula, 2017).

Otra clasificación es la de Rodríguez (2001), para nuestro autor hay dos tipos de eutanasia, eutanasia directa, en este tipo de eutanasia el facultativo consiente la solicitud expresa del enfermo con competencia, de ejecutar un proceso para causarse la muerte a sí mismo, la cual se provoca de forma inmediata. En este tipo de eutanasia el papel del médico es activo y necesario. El segundo tipo es la eutanasia indirecta, se produce cuando el facultativo acepta la solicitud del paciente, de rechazar el tratamiento consiente de que al hacerlo perderá la vida, muriendo con más rapidez de lo que hubiese sucedido si continuaba el tratamiento.

Igualmente, es necesario diferenciar a la eutanasia de otros términos con los cuales puede confundirse: la ortotanasia intenta evitar, lo que en medicina se ha denominado como “ensañamiento terapéutico”, que son las acciones que alargan la vida de forma desproporcionada; es un tema de debate constante en los consejos de ética médicos, cómo delimitar la proporcionalidad de las acciones médicas, pues, para ello deberá atenderse a las características concretas de cada caso. (Gamarra, 2011).

La contraparte de la ortotanasia, es la “adistanasia”, que consiste en la aplicación de fármacos, sobre todo de sedantes u otro tipo de sustancias paliativas, tanto del dolor físico como del dolor mental, para generar el mayor bienestar posible en el proceso de agonía. (Gonzales y Guzmán, 2016).

El uso o prescripción de medicamentos que, por su incidencia en el organismo, trae consigo el acortamiento de la vida, no debe de ser considerado como procedimiento eutanásico. Puesto que la prescripción no se encuentra dirigida a acabar con la vida del paciente, sino que es un tratamiento necesario, que, dentro de sus efectos adversos, tiene la consecuencia de acortar la vida. El fin en este caso, es el que marca la diferencia.

2.2. Requisitos para solicitar la eutanasia

El proceso eutanásico, es solicitado en los países en los que es legal, en los establecimientos de salud o directamente al Estado, para que la solicitud sea aprobada son necesarios los siguientes requisitos: a) sufrir una enfermedad grave e terminal, certificada por el médico responsable, b) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir, y c) padecer una enfermedad dolorosa. (Álvarez, 2013).

Estos requisitos han sido también objeto de debate, pues, no está claro cuándo podemos afirmar que nos encontramos ante una enfermedad grave que amerite, la renuncia de los cuidados paliativos y de lugar a una solicitud válida de morir.

Asimismo, en los pacientes en coma no permanente o con diagnóstico de recuperación aparente, los términos de vida y muerte se confunde, pues, algunos médicos afirman que con diagnosticar la muerte cerebral puede afirmarse que la persona se encuentra muerta, así, su sistema cardiorrespiratorio siga funcionando (García et al, 2012). Otros, afirman que dicha premisa es falsa, que solo puede afirmarse la muerte del paciente, cuando todas las funciones han cesado. (Carvalho, 2019).

En esta investigación, nos analizaremos el espectro jurídico que reviste a la eutanasia, inmiscuyéndonos en la problemática concerniente a la aplicación de esta para personas que padecen trastornos psiquiátricos graves. Para ello realizaremos en este espacio dedicado a las nociones previas, un breve análisis de los requisitos prescritos para solicitar la eutanasia en general.

2.2.1. Enfermedad grave y dolorosa

Sobre el primer requisito, el de “padecer enfermedad grave”, como ya se dijo en líneas anteriores, se ha generado dudas dentro de la comunidad científica, respecto de a qué tipo de patología puede considerarse como grave, según qué parámetros podemos calificar a una patología como grave y cuándo esta misma propicia que la persona pueda eludir los cuidados paliativos y solicitar directamente su muerte.

Para salvar este problema, el grupo de estudios de ética clínica de la sociedad médica de Santiago (2011), ha establecido como criterios para determinar la gravedad de la enfermedad, los siguientes indicadores: debe de presentarse en cierto individuo una dolencia insana, que le provoca un padecimiento, dolor o sufrimiento u otro, considerado como intolerable.

El dolor irresistible se convierte en un elemento importante para calificar a la enfermedad como grave, y es por ello que, a la eutanasia se la conoce también como “muerte piadosa”. Su propia etimología hace referencia a ese acto, pues, “eu-thanatos” se traduce como buena muerte (Mieles-Mieles, 2021). El daño que la enfermedad produce en el físico del paciente es también, considerado un criterio para aseverar que una enfermedad es grave, asimismo, el grado de discapacidad que le produce. (Collado, 2011).

2.2.2. Enfermedad terminal

En cuanto a la enfermedad terminal, se hace referencia a aquella patología que se encuentra en su estadio último, donde la muerte es inminente y cercana, el diagnóstico de terminal, indica que no existe tratamiento posible que pueda revertir el curso degenerativo de la enfermedad. Originalmente, fue esta la causal para aplicar la eutanasia, puesto que, al tener la muerte como un futuro insoslayable para el paciente, resultaba irracional prolongar la agonía del enfermo.

Para la eutanasia es necesario el diagnóstico de “incurable” de la enfermedad, para Runzer-Colmenares (2019), con enfermedad incurable se hace referencia a aquella patología que a la actualidad no cuenta con medios médicos para ser sanada. Los

conceptos de “enfermedad incurable” y “enfermedad terminal”, en lo concerniente a la evaluación de la solicitud para aplicar la eutanasia, se encuentran vinculados, puesto que:

- a) Si la enfermedad es terminal, es decir se encuentra en su fase final, pero existe diagnóstico de recuperación posible, esta no podría calificarse como “incurable”. Para dar por sentado el cumplimiento de este requisito es necesario que se produzcan los dos elementos en su conjunto, es decir, que la misma sea terminal y sin pronóstico de posible recuperación, solo así podría ser válida la pretensión de eutanasia. (Fonnegra, 2002).

Este requisito, es de importancia trascendental ya que brinda justificación a la eutanasia, en tanto, que evidencia que su aplicación no deviene de una disponibilidad irracional de la vida, sino que se da en una circunstancia excepcional donde la vida ya se encuentra limitada o por acabar.

2.2.3. Consentimiento informado

El consentimiento informado, supone la concurrencia de al menos dos elementos previos:

- a) Que el paciente haya recibido la suficiente información para que su decisión este sustentada de manera racional en hechos objetivos y b) Que la persona se encuentre en uso de todos sus derechos, esto es, que cuenta con “capacidad jurídica”, la mínima indispensable exigida para conferir legitimidad a un acto jurídico.

Este concepto nace en la práctica médica para después consolidarse como concepto jurídico. En palabras de Cancino et al (2019), sucede así con el consentimiento en el entorno sanitario, donde es posible conceptualizarlo como aquel asentimiento previo de admitir o dejarse afectar por un acto clínico, dicho asentimiento debe ser producto del libre albedrío del paciente; esto es sin coacciones ni violencia, extorción o dádivas inadecuadas.

El consentimiento expresado posteriormente al acceso a la información adecuada, completa, veraz, entendible y clara permitirá legitimar la decisión del paciente. Incumplir alguno de los requisitos del proceso de consentimiento, en el ámbito de la práctica médica, lesionaría el derecho a la autodeterminación.

El consentimiento informado, es parte del proceso crítico realizado entorno a “el modelo paternalista médico”, que se caracterizaba por la preminencia de la voluntad del médico en la toma de decisiones respecto del paciente, llegando incluso a esconder datos o

información valiosa respecto del tratamiento que se aplicaba. El consentimiento informado tiene sus antecedentes en el Código de Nuremberg de 1947 y la Declaración de Helsinki de 1964.

Actualmente el consentimiento informado supone un requisito para cualquier acto médico, ya que la mayoría de los países han aceptado la autodeterminación y el libre desarrollo de la personalidad, como un derecho fundamental dentro de sus sistemas jurídicos. En el Perú la ley 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (2009), en su artículo 24, define al consentimiento informado de la siguiente manera:

Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. (Pág. 5).

3.La eutanasia a lo largo de la historia

3.1. En la época clásica

Ya en la época clásica, esto es en los años de dominio de Grecia y Roma en occidente, filósofos y pensadores reflexionaban, en torno a la posibilidad de la eutanasia, aunque esta se encontraba relacionada y a veces, confundida con el suicidio. Sabemos que los suicidios entre la nobleza fue una costumbre común y hasta revestida de un cierto hábito de honorabilidad.

El senador o noble que se encontraba en aprietos, ya sea por una crisis económica o política, así como el militar que hubiese perdido una batalla, se cortaba las venas solemnemente como acto significativo de enmienda por sus errores; o para salvar a su familia de la vendetta de sus enemigos políticos. (Rosselli y Rueda, 2011).

Algunas veces, el suicidio era precedido por algún festejo o cena fúnebre en la que el suicida invitaba a familiares y amigos, para despedirse y dejar constancia de su última voluntad. En ciertos casos, médicos eran contratados para que cortasen las venas (Amador, 2015).

Ha este respecto Diaz (2020) nos dice acerca del filósofo Séneca, que se refiere a la decisión para poner fin a la propia vida, de la siguiente forma: no se debería apreciar

excesivamente a la vida ni detestarla demasiado, por el contrario, debería buscarse el punto medio para acabar con ella cuando la razón lo dictamine, no se trata de escapar de la vida sino de saber cuándo dejarla, puesto que es razonable quitarse la vida, a llevar una existencia absurda y con dolor.

Otros personajes importantes de este periodo también se expresaron favorables a la aplicación de la eutanasia, aunque la misma no tenía el mismo cariz que en nuestros días, puesto que los romanos frecuentemente ligados a guerras y con una religión distinta a la cristiana, tenían conceptos de vida y muerte distintos a los actuales. Von Engelhardt (2002), nos dice que el proceso eutanásico emerge como acto y verbo en el periodo antiguo. Con la palabra griega “Euthanasia”, Augusto segundo emperador romano, afirma Suetonio, nombraba a la muerte ideal, que él mismo, cumplidos los 76 años, había experimentado: “¡Livia, rememora la grata unión y existe feliz!” estas pudieron ser las últimas palabras que profirió el emperador. Algunos intelectuales de la antigüedad dan a esta afirmación un carácter sustancial en lo concerniente a los beneficios de la eutanasia.

El ideal de muerte de los romanos estaba dirigido por el honor, la vida sin honor era insoportable, al grado de que la muerte aparecía como solución digna para eliminar tal oprobio.

3.2. En la edad media

La edad media, se encuentra eminentemente influenciada por la doctrina cristiana. La ciencia y con ella todas las disciplinas del saber humano se encontraban supeditadas a la interpretación o censura que se pudieran hacer de ellas, desde una interpretación exegética de las sagradas escrituras. (Bellini, 2018).

Es en esta época, donde nace la doctrina de la “sacralidad de la vida”, puesto que los mandamientos de Dios afirmaban que la misma era un regalo divino, que solo podía ser dada o quitada por el propio Dios, toda acción contraria era considerada un pecado. Según Von Engelhardt (2002), la edad media cristiana contribuyó con grandes cambios de gran envergadura en lo que concierne al trato con la muerte y la defunción. Aportes de una profundidad, hasta ese momento desconocida, sustentados doctrinariamente en los valores de bondad y del amor al prójimo. Estos valores se insertan unidos con los principios de transcendencia en el mundo, y, por tanto, afectando a la medicina.

La eutanasia, el aborto y el suicidio son calificados como pecados, ya que el hombre dentro de la tradición cristiana no puede disponer de un bien, en este caso la vida, dado

por Dios. La palabra eutanasia no la encontraremos, ni en el antiguo, ni en el nuevo testamento, tampoco en la producción intelectual de los padres de la iglesia y teólogos de la edad media. En la doctrina cristiana la figura de Cristo se convierte, con su vida, pasión y muerte, en un símbolo de consuelo para aquellos que sufren y mueren; incluyendo al dolor y agonía causada por el acortamiento de la vida. (Pacheco y Silva, 2021).

La labor médica y sacerdotal era de “acompañamiento de la muerte”, ese acompañamiento representaba para el enfermo un confort en su último momento, no obstante, no se percibía nunca la posibilidad de producir la muerte, puesto que como ya indicamos esto era contrario a la fe cristiana. (Irrazábal, 2015).

3.3. En el renacimiento

En el Renacimiento, el concepto de eutanasia adquiere su actual significado y se considera como tal al “buen morir”, siendo la muerte el último acto en la vida en el que había que ayudar al moribundo con todos los recursos disponibles para lograr una muerte digna y sin sufrimiento. Las primeras referencias a la eutanasia las podemos rastrear en el siglo XVI y XVII, son los reconocidos intelectuales Tomás Moro y Francis Bacon, los que en sus obras “Utopía” y “Novum Organum” respectivamente, hacen las primeras menciones con respecto a la eutanasia.

Tomás Moro, filósofo inglés, menciona el término eutanasia en su obra Utopía de 1516, una sátira política en la que se hace referencia a una isla imaginaria del mismo nombre; en el curso de la misma surgen temas como el trato que debía darse ante el divorcio, la muerte y la eutanasia, cuestiones que el autor no sólo menciona, sino que defiende en el libro II en la sección referente a los esclavos.

Según Bont (2007), Moro prescribía el deber de cuidar de los enfermos con gran dedicación, y jamás hacerles faltar los alimentos o medicamentos que necesiten para su rehabilitación. Aquellos que padezcan alguna enfermedad catalogada como incurable, deben de ser consolados, mediante la plática y la reflexión. Si la dolencia, además de incurable, causase al que la sufre cruentos dolores, mediante la exhortación de los magistrados se decide que, ya que las personas en cuestión se encuentran imposibilitadas de realizar ninguno de los deberes necesarios para la vida y constituyéndose en una carga para los demás y para sí mismos. Y puesto que lo único que queda es alargar y sobrevivir a su muerte inminente, debería consentir en no persistir en su deseo de vivir innecesariamente; y al ser un tormento para él su propia existencia, debe dar la

acquiescencia para morir con el deseo de poner fin a sus dolores y agonía. profiéranle también que el fallecimiento solo tiene por objeto acabar con su sufrimiento, y no así con su felicidad. Los que por estos argumentos son convencidos, aceptan de forma voluntaria la muerte. No obstante, no debe de forzarse a nadie a morir, ni abandonar los cuidados de quien desea seguir existiendo.

Thomás Moro (1516), a pesar de ser un ferviente religioso, venerado por anglicanos y católicos, se refiere a la eutanasia de la siguiente forma: si el padecimiento además de ser incurable, produce grandes dolores y vejaciones al individuo, los magistrados deberán compeler al enfermo a poner fin a su existencia, pues se mantiene vivo solo con el afán de sobrevivir, causando premuras emocionales y pecuniarias tanto para otros como para sí mismo, empeñándose en alargar su dolor de forma injustificada. Teniendo esto en cuenta, debería aceptar el fin de su existencia; para ello, azuzado por una esperanza genuina, se le exime de la obligación de continuar una vida ignominiosa, encerrado en el dolor de la enfermedad.

Francis Bacon (1620), importante representante del empirismo inglés, secunda a Moro, con respecto a su opinión sobre la eutanasia, afirmando que, en nuestros días, por el contrario, los médicos cuidan cuasi-religiosamente de pacientes sin posibilidad de recuperación, cuando desde su perspectiva, para cumplir con su deber para con la humanidad y como médicos, tienen la obligación de aprender las medidas necesarias para facilitarles la muerte. Denomina a esta atención eutanasia externa para distinguirla de los cuidados del alma, también necesarios en los momentos finales.

Ambos autores abogan por la aplicación de la eutanasia como medio para aliviar el dolor de los enfermos, recomiendan la preparación en este tipo de procesos para los médicos, dichas afirmaciones causaran alto revuelo al estar, en patente contradicción con la sacralidad de la vida que impulsa el dogma judeo-cristiano y con el juramento hipocrático de los médicos de salvaguardar la integridad de los enfermos. No obstante, la contradicción, los mencionados autores argumentan, a favor de una renovación del paradigma médico, basados en premisas racionales de dicho juramento, pues como afirma Moro (1620): el enfermo en estas condiciones se encuentra solo sobreviviendo a su dolor, tornándose un ser molesto tanto para sí mismo como para su entorno.

3.4. En la modernidad

La modernidad es considerada como aquella etapa conformada por los siglos XIX, XX Y XXI, esta etapa está ampliamente marcada por el desarrollo de la ciencias naturales y sociales, la aparición cada vez más influyente de la tecnología y por las dos guerras mundiales; estos episodios bélicos, trajeron consigo importantes reflexiones acerca de la vida y la dignidad de las personas.

Samuel D. Williams (1873), publica su ensayo “Euthanasia” en la revista “Popular Science Monthly”, en el cual afirma que, en la mayoría de los casos para las enfermedades incurables y dolorosas, se debe instruir al doctor encargado para suministrar triclorometano u otro anestésico superior a la sustancia mencionada anteriormente, procediendo a la destrucción permanente de la conciencia, para simultáneamente acelerar la muerte del paciente sin causarle sufrimiento en el proceso.

Los siglos XX y XXI, han sido recorridos por diversas experiencias de aplicación de la eutanasia, unas ilegales y otras legales; paradigmática de la eutanasia activa ilegal son los actos de la Alemania nazi juzgados en los tribunales de Nuremberg 1946-1947. Experiencias de eutanasia legales basadas en el consentimiento son las de EE.UU. y de Holanda en las décadas finales del pasado siglo y los primeros años del presente siglo.

En los Estados Norteamericanos, en las décadas finales se han insertado normas orientadas a legalizar tanto la eutanasia como el suicidio asistido. En el Estado de Oregón se aprobó con aquiescencia de los ciudadanos, la norma que legalizaba la eutanasia bajo estrictas condiciones. El Comité por el Derecho Nacional a la Vida, consiguió un interdicto emitido por la Corte para retardar la promulgación de la medida. No obstante, la creciente ola a favor de la eutanasia en las ciudades americanas propicio su aprobación. (Bont et al, 2007).

CAPITULO II: LA EUTANASIA EN EL DERECHO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Existen algunos casos que han conmocionado al mundo, de personas con una vida al extremo por causa de enfermedades graves, los cuales luchando por sus derechos lograron el reconocimiento por parte del Estado de su derecho a la muerte digna, entre estos casos contamos al de la polaca Krzysztof Jackiewicz, la cual solicitaba al Estado de Polonia, que permita morir a su hijo, un varón de 30 años que había sido diagnosticado con el estado vegetal por pérdida de masa encefálica, sin posibilidad de recuperación. El Estado de Polonia permitió el acceso a la eutanasia al paciente, debido a la presión de prensa que había difundido el caso a nivel público.

En Italia, uno de los casos que condujo al Tribunal Supremo a reconocer la legitimidad de la eutanasia, fue el de Eluana Englaro, paciente que había permanecido 17 años en estado vegetal, y cuyos parientes habían ganado una lucha de muchos años contra los sectores conservadores del parlamento y Poder Judicial, cuando finalmente el Estado permitió la desconexión de la máquina que la alimentaba artificialmente, accediendo a la muerte a la edad de 38 años.

En gran Bretaña, fue un caso controversial el que conmovió a la sociedad inglés propiciando la sensibilizando de los aparatos del Estado, los cuales reconocerían el derecho excepcional a la muerte digna, es el caso de Craig Ewert, paciente al que se le negó el acceso a la eutanasia, motivo por el cual el mismo se suicidó bebiendo una mezcla mortal de somníferos, sucesos que fueron transmitidos por televisión. En el caso reciente de España, la persona que propició el reconocimiento a una muerte digna fue Inmaculada Echevarría, paciente que padecía de distrofia muscular progresiva, la cual tras una larga lucha logró que se retire el respirador artificial, propiciando el primer antecedente de eutanasia en este país.

El primer caso en Colombia, se refiere a la eutanasia practica en Víctor Escobar, no obstante, previamente había concurrido un caso que había propiciado el reconocimiento a la muerte digna por parte del Tribunal Constitucional colombiano, esta paciente sufría de esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad degenerativa que le causaba hondos dolores no solo físicos, sino psicológicos, y que en mérito a ello había solicitado del Estado el reconocimiento a la muerte digna, amparándose en la histórica sentencia 239 de 1997,

que fue la primera en reconocer mencionar la existencia del derecho a la muerte digna en Colombia y Latinoamérica, en la cual se le reconoció el mencionado derecho a José Eurípides Parra.

1. Países que han legalizado la eutanasia

1.1. En Europa

1.1.1. Holanda

Holanda es el caso paradigmático, ya que fue la primera legislación que desarrolló hondamente el tema de la eutanasia desde el 2001, debido a la necesidad social que afrontaba, puesto que se daban casos de eutanasia ilegal en dicho país, por lo que se prefirió regularla.

Según Carrasco & Crispi (2015), Holanda es un país avanzado en lo referido a la legislación de la eutanasia; en 1980 se inició una disputa en la que participó el sistema judicial y la asociación médica, esta disputa tenía como propósito formar nuevas pautas clínicas y métodos para regular la eutanasia. Al momento de realizarse encuestas de opiniones se logró consignar un 90% de opiniones a favor de la eutanasia.

Con la promulgación y vigencia de la llamada Ley 26691. Ley de terminación de la vida a petición propia (2001), se modifica el Código Penal Holandés, en su artículo 293 de la siguiente forma: el que acabase con la vida de otra persona, siguiendo la petición expresada por el paciente, será sancionado con la pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta, en el supuesto de que el acto fuese perpetrado por un médico en cumplimiento de los requisitos exigidos.

Cabe destacar, que Holanda no fue el primer país en el mundo en aprobar la eutanasia, pero si el primero que lo hizo y que mantiene su legalidad hasta la actualidad. Carrasco & Crispi (2015), afirman que concretamente se debe señalar como primer caso de legalización al acaecido en la región norte de Australia, primera localidad a nivel internacional que autorizó la eutanasia activa en el año 1995, aprobándose como una facultad del paciente terminal, legalidad que dos años después se derogó, aún hoy en día perdura como ilícita la eutanasia directa y el suicidio asistido.

1.1.2. En Bélgica

En Bélgica la eutanasia se legalizó el 28 de mayo del 2002, la legislación belga es posterior a la norma sobre eutanasia de Holanda, por ello contiene importantes

diferencias, Lorda & Barrio (2012), afirman que una primera diferencia entre la legislación belga y la legislación holandesa es que esta última no ha legalizado al suicidio asistido, en consecuencia, este acto sigue siendo un delito en este país. Esta indisposición ha sido criticada, incluso categorizada como contraria a la constitución y los tratados internacionales.

El siguiente aspecto controvertido, es que la norma no estipula ninguna otra medida necesaria para el final de la vida, lo cual deja sin regulación a un catálogo de acciones como los cuidados paliativos o el uso de anestesia y otros analgésicos como la morfina para menguar el dolor. Además, hay que mencionar que, en la legislación belga sólo los profesionales de la salud, en este caso los médicos, están autorizados a realizar legalmente el procedimiento eutanásico, constituyendo para otras personas, sean profesionales o no un delito. No obstante, no prescribe la obligación para el médico de realizar la eutanasia, aunque sea el médico habitual o de cabecera del paciente.

Por último, la legislación belga añade la figura de objeción de conciencia, mediante la cual el médico puede eximirse de la obligación de realizar la eutanasia, debiendo dejar en manos del paciente su expediente médico y coadyuvarlo a encontrar otro profesional de la salud que lo supla. En la legislación de Holanda esto es obligatorio, el médico siempre debe ayudar al paciente en su búsqueda de otro profesional de la salud, en Bélgica dicha ayuda queda a discreción del propio médico.

En cuanto a la eutanasia, la legislación belga, establece dos vías para la solicitud, el consentimiento informado directo y el consentimiento informado mediante la figura de “voluntad anticipada”, la cual permite que, mediante un testamento la persona deje constancia y consentimiento para que se le aplique la eutanasia a futuro, en caso de que se encuentre incapaz de hacerlo al momento de sufrir la dolencia.

Otra característica del sistema belga, es que, se ha establecido una comisión supervisora a la que los médicos que apliquen el procedimiento eutanásico deben de remitir los informes de los procesos. Esta comisión de fiscalización debe supervisar el actuar de los médicos y emiten informes cada dos años.

1.1.3. En Luxemburgo

En el año 2009, el 16 de marzo, el suicidio asistido conjuntamente con la eutanasia se legalizaron en Luxemburgo. La norma es aplicable a adultos con plena capacidad, que cumplan con los requisitos de: a) enfermedad incurable y terminal, b) que cause dolor

físico y psicológico constante e insoportable, c) Consentimiento informado. Actualmente la institución encargada de regular y fiscalizar la aplicación adecuada de la eutanasia y el suicidio asistido se denomina Comisión Nacional de Control y Evaluación.

Parreiras et al (2016), afirman que el enfermo debe solicitar la eutanasia por medio de sus "Distribuciones para la conclusión de la vida", documento escrito que es registrado ineludiblemente y examinado por la Comisión Nacional de Control y Evaluación. Este documento permitirá al paciente consignar el estado en el que se someterá a la eutanasia o al suicidio asistido, proceso que se llevará a cabo por un doctor consignado por la comisión.

El proceso eutanásico puede ser cancelado por el paciente en cualquier instante, si este es el caso, será removido del repertorio médico. Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe consultar a otro doctor autónomo, al personal de salud que estuvo a cargo del paciente, y otro "individuo de confianza" nominado por el paciente, debiendo estas partes emitir su opinión; después de la aplicación del procedimiento, el fallecimiento se debe comunicar a la Comisión durante los días regulados por la ley.

1.2. En Latinoamérica

1.2.1 Colombia

Colombia es el único país de Sudamérica en el que es legal la eutanasia; fue despenalizada por una resolución del Tribunal Constitucional Colombiano en 1997, no obstante, carecía de reglamentación. La reglamentación la dictó el Ministerio de Salud en abril del 2015.

Parreiras et al (2016), afirman que recientemente, los parámetros y procedimientos para asegurar el cumplimiento del derecho a una muerte digna. Se expresa también que, para iniciar el proceso eutanásico, este debe de ser solicitado por el enfermo de forma consciente, dicha solicitud ha de ser evaluada y refrendada por un médico, un especialista en psiquiatría o psicología y un profesional del derecho. Las acciones eutanásicas están disponibles para personas extranjeras. Y es común que se usen inyecciones letales indoloras en estos procedimientos.

2.Documentos de carácter internacional

En este apartado presentaremos distintos pronunciamientos y recomendaciones emitidas por organismo internacionales, las mismas que esclarecieron distintos aspectos a tener en cuenta, en lo referente al final de la vida, y por ende en la eutanasia.

2.1. Recomendación relativa a los derechos de los enfermos y los moribundos

Esta recomendación se adoptó en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en 1976, el documento se divide en consideraciones y recomendaciones, pasaremos a describir las más importantes:

Las consideraciones son: que los raudos progresos y permanente desarrollo de la medicina crea problemas, los cuales afectan a los derechos fundamentales de las personas y en particular de los enfermos, esto a consecuencia de que el avance tecnológico ha deshumanizado los tratamientos proporcionados por la medicina. Produciendo que los pacientes se encuentren en incapacidad de hacer valer sus intereses, sobre todo cuando están confinados en grandes hospitales, debido a ello se propone que los médicos no puedan extralimitarse en sus injerencias para con la salud o el cuerpo de sus pacientes, debiendo tener siempre presente la voluntad del enfermo.

En este párrafo se expresa las consideraciones, en torno, al cambio acontecido para el paciente por el tránsito entre el modelo tradicional de muerte y el técnico terapéutico, en el modelo tradicional el paciente fallecía en su casa, atendido por sus parientes, lo cuales tenían el deber de respetar su voluntad. En cambio, en el modelo técnico, el enfermo es transferido al hospital, alejado de sus parientes y donde, el médico y el personal de salud tienen autoridad, por ser dueños del conocimiento médico.

En el siguiente párrafo, se hará mención a los derechos que cautelan a los enfermos, asimismo, se realizará la delimitación del deber de la medicina en los siguientes términos: reconociendo el derecho de los pacientes a la integridad tanto física como mental y a la dignidad humana, así como su acceso a la información y a los debidos cuidados, debe de definirse con claridad y otorgarse con igualdad para todos los derechos reguladores de la actividad médica. Además, convencidos de que la ciencia médica se encuentra al servicio de la humanidad con la finalidad de proteger la salud, sanar y dar tratamiento a las enfermedades, ejerciendo la profesión médica con sumo respeto por la vida y la persona humana; seguros de que la prolongación injustificada de la vida no debe ser la única finalidad de la praxis médica, la cual debe atender igualmente los sufrimientos.

Con el reconocimiento de la dignidad humana, se abre un abanico de posibilidades para los enfermos, como, por ejemplo, exigir el conocimiento de su diagnóstico y tratamiento, de los posibles efectos secundarios de las medicinas que se le aplican, así como la exigencia de atenuar el dolor, ya que una vida plagada de sufrimiento, sin bienestar, bien

puede calificarse de indigna. Agregar a la dignidad humana entre los valores a garantizarse, hizo que el derecho a la vida deje de concebirse únicamente como garantía biológica, siendo también concebido como garantía de calidad de vida.

Las recomendaciones se dirigen a los Estados miembros y las podemos entender de la siguiente forma:

Se establece el deber de tomar todas las previsiones necesarias, sobre todo en lo que concierne a la capacitación del personal médico y al personal administrativo de los servicios de salud, para que cada uno de los enfermos, incluyendo a los que se encuentran internados en sus casas, sean beneficiados por los recientes conocimientos científicos y tecnológicos actuales en medicina, para poder paliar los sufrimientos ínsitos en sus padecimientos.

Recaltar al personal sanitario, sobre los siguientes derechos que tienen los pacientes: recibir información completa sobre su padecimiento y los tratamientos posibles, asimismo, con el objeto de poder conducir su propio actuar, el paciente debe de ser informado al momento de su ingreso al establecimiento médico, del reglamento y el funcionamiento del equipamiento médico que rige en dicho establecimiento.

El personal sanitario está obligado a garantizar la integridad de los enfermos, a preparar psicológicamente a los pacientes para la muerte, haciendo uso de todos los medios idóneos para realizar exitosamente tal labor, en el proceso de capacitación psicológica deben inmiscuirse tanto médicos, como los asistentes y enfermeras, los cuales por su relación frecuente con el paciente deben estar capacitados para realizar tal labor con eficacia. El servicio de preparación para la muerte puede complementarse con la participación de un psicólogo o psiquiátrica, y de ser el caso, un sacerdote, cuando el paciente lo solicite.

2.2. Código internacional de ética médica

Este código emerge de los juicios de Nuremberg, en los que se juzgó a médicos alemanes por realizar experimentos con prisioneros de guerra y reclusos de campos de concentración, hechos que hicieron evidente la necesidad de establecer un código de ética que sirva como guía para la acción médica en occidente, promulgando así un código deontológico en 1949.

Algunas de las prescripciones del código son la siguientes: El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana desde el momento de la concepción. El médico debe a su paciente todos los recursos de su ciencia y toda su devoción. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia. El médico debe, aún después del fallecimiento del paciente, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado o que él sepa por medio de una confidencia. El médico debe proporcionar el cuidado médico en caso de urgencia, como un deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden brindar tal cuidado.

2.3. Declaración de Sydney

La Declaración de Sydney es un documento emitido por la Asamblea Médica Mundial en 1968, que versa sobre tres temas: la responsabilidad del médico a la hora de determinar el momento de la muerte, los criterios a considerar para efectuar esta labor y lo referente a la extracción de órganos con la finalidad de trasplantarlos. Esta declaración fue enmendada póstumamente en la 35 Asamblea Médica Mundial de Venecia en 1983.

Para nuestra investigación es importante conocer los aportes relacionados a la vinculación entre la medicina y la muerte, con ese objetivo expondremos lo esencial al respecto: El establecimiento del momento preciso de la muerte, en gran parte de los países de occidente, es parte de la labor del médico y es preciso que siga siendo así. Debido a la constante práctica y a sus conocimientos, el médico está facultado a determinar el momento del fenecimiento, sin ayuda de otro profesional de su propia rama o de ciencia ajena.

No obstante, una situación actual favorecida por la tecnología hace necesaria algunas reflexiones referentes a la muerte. Primeramente, la capacidad de alargar mediante el uso de vías artificiales la circulación de la sangre con oxígeno a lo largo de tejidos y órganos esenciales en un cuerpo, algunos de ellos dañados de forma irreversible.

La principal dificultad es que la muerte en términos biológicos es un procedimiento que se produce en grados, en niveles celulares, modificando la resistencia de los órganos a la ausencia de oxígeno. A pesar de ello, el interés médico no abarca la preservación de las células.

2.4. Declaración de Venecia sobre enfermedad terminal

Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia-Italia, en el mes de octubre en 1983 y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica en octubre del 2006. Este documento establece una serie de principios y reglas, entre ellos:

- a) Los profesionales de la salud tienen la obligación de sanar y de ser posible, menguar el dolor y accionar las salvaguardias necesarias para satisfacer los intereses de los pacientes a su cargo.
- b) No existe ninguna circunstancia que produzca una excepción al principio antes mencionado, aunque sea el caso de dolencia incurable o se trate de malformaciones.

La declaración agrega a estos principios algunas reglas, a continuación, resumiremos las más importantes:

El profesional de la salud está en la posibilidad de aminorar el dolor de un enfermo en fase terminal, esto solo si el paciente consiente la suspensión del proceso curativo o lo hacen sus familiares en caso de que el propio enfermo se encuentre imposibilitado físicamente de hacerlo, esto mediante la figura de voluntad desplazada. Interrumpir el procedimiento de curación no exime a los profesionales de salud, de su deber de atención para con los moribundos, así como de la obligación de reducir las angustias de la agonía.

El profesional de la salud debe eludir el uso de medios no convencionales que no proporcionen ninguna utilidad o mejoren el estado físico del paciente. Los profesionales de la salud están facultados para efectuar la aplicación de medidas que correspondan a los cuidados paliativos al final de la vida. Teniendo en cuenta, siempre, que las mismas deben de ser aceptadas por el paciente, el cual las solicita de forma libre y consciente. Pudiendo, asimismo, rehusarse a recibir dichos cuidados paliativos. En ningún momento, el profesional de salud debe de ensañarse en la aplicación de una medida que extienda la vida, sin ninguna finalidad ulterior más que la propia prolongación desproporcionada de la vida.

2.5. Protección de los enfermos en la etapa final de su vida

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, emitió la recomendación 1418, adoptada el 25 de junio de 1999. Este documento hace referencia a los cuidados paliativos en relación con enfermedades terminales y con gran dolor, su objetivo se expresa bien en el segundo párrafo que sirve como introducción del texto “El Consejo de Europa tiene

como vocación preservar la dignidad de todas las personas” (Pag.1), de la que surgen todos los derechos.

Actualmente el avance médico puede sanar padecimientos que alguna vez fueron incurables, con la ayuda del progreso de la tecnología y la modernización de los sistemas de reanimación, que han logrado extender el ciclo de vida de un individuo, retardando el instante de su fallecimiento. Como resultado de estos avances tecnológicos, en la actualidad no se toma en cuenta las condiciones de vida de los pacientes terminales, la melancolía a la que son expuestos, su dolor, el de sus parientes y de los trabajadores sanitarios que los asisten.

En 1976, con la iniciativa 613, la Asamblea anunció que está convencida de que lo que los pacientes terminales desean es, primordialmente, fallecer en paz y con dignidad, con la asistencia y el debido acompañamiento, de ser posible, de sus familiares y conocidos. La Sugerencia 779 señaló que extender los años de vida, no tiene por qué ser el único fin de la medicina, también deberían tratar de crear métodos para aliviar el sufrimiento.

Posteriormente, La Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano junto con la Aplicación de la Biología y Medicina, determinaron principios de mucha importancia, afirmando que, para todos los ciclos de la vida, es esencial respetar y preservar la dignidad, es una obligación que se deriva de la inviolable dignidad humana.

Algunas de sus prescripciones, recomendaciones y principios son los siguientes:

La Asamblea insta a los Estados miembros a que su derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo afronta, por ejemplo: fallecer padeciendo dolores insoportables (ahogo, el dolor producido por quemaduras o el producido por la metástasis del cáncer). El ensañamiento con la vida en contra de la voluntad del paciente terminal. El morir en soledad absoluta o con la idea de que se es una carga para otros. Con restricciones causada por las carencias económicas, que impidan que el paciente pueda acceder a todos los tratamientos indispensables para tratar su enfermedad.

Asimismo, la Asamblea recomienda que el Comité de ministros inste a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en los siguientes aspectos: garantizar que los cuidados paliativos

sean un derecho fundamental y accesible para toda persona que lo solicite, proveer de acceso ilimitado a todos los enfermos terminales a la asistencia psicológica y terapéutica que les ayude a conllevar la agonía. Asimismo, se insta a asegurar que el paciente pueda transcurrir sus últimos días en compañía de sus familiares y otros seres queridos, en caso de que exista la ausencia de estos se compele al personal sanitario a proveer al paciente de la compañía espiritual necesaria en este periodo final de su existencia.

La Asamblea menciona también que debe de asegurarse dichos derechos no solo en los pacientes internados en establecimientos de salud públicos o privados, sino, también en los que son atendidos en sus propios domicilios, haciendo hincapié en el tratamiento debido al dolor afirmando que se debe proveer a los paciente internados en sus domicilios del equipamiento necesario para la asistencia ambulatoria, garantizar el trabajo en conjunto entre personas a cargo del cuidado del paciente y profesionales de la salud. Asegurar el debido tratamiento para reducir el dolor del paciente terminal, sea físico o mental a menos que el propio paciente se niegue a recibir tal ayuda, el tratamiento para aliviar el sufrimiento se puede aplicar incluso si con él como efecto secundario se acorta la vida del paciente.

Seguidamente, la Asamblea establece el deber para los profesionales de la salud, de capacitarse constantemente, asimismo, menciona la necesidad de implementar unidades de cuidados paliativos en los que se debe de capacitar constantemente a los profesionales sanitarios en los métodos para realizar una asistencia médica y psicológica requerida por un paciente en fase terminal, con la logística de un equipo multidisciplinario coordinado. Inmersos en estos actos se debe de impulsar centros de investigación y pedagogía en cuidados paliativos.

Una de las medidas de especial importancia es que se prescribe la obligación de que todos los establecimientos sanitarios cuenten con una sala especial y equipo que realicen los servicios de cuidados paliativos.

2.6. La declaración universal sobre bioética y derechos humanos adoptada por la conferencia general de UNESCO.

Esta declaración emitida por la Unesco el 19 de octubre del 2005, versa sobre los valores jurídicos y éticos implícitos en las practicas biológicas y médicas en seres humanos como la dignidad y la autodeterminación de la persona. Precisando, además, el desarrollo del contenido de lo denominado como “consentimiento informado”.

Presentaremos algunos de sus artículos de esencial importancia para la presente investigación, como son los referidos a la dignidad Humana, Autonomía y consentimiento, el artículo 3 de declaración universal sobre bioética y derechos humanos adoptada por la conferencia general. UNESCO (2005), establece que:

Dignidad humana y Derechos Humanos: “Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.” (Pág.2).

Con este artículo se prescribe que la praxis médica está limitada por la dignidad y libertades individuales de los pacientes, asimismo, se recalca que los intereses de la persona tienen primacía sobre cualquier otro fin, siendo que la práctica médica debe orientarse a cautelar y satisfacerlos. Seguidamente reconoce que el individuo tiene plena capacidad de orientar sus intereses como mejor le convengan, que los médicos están obligados a respetar la autonomía del paciente y garantizar que esta sea respetada cuando el paciente se halle imposibilitado de hacerlo por sí mismo, la declaración universal sobre bioética y derechos humanos adoptada por la conferencia general. UNESCO (2005), en su artículo 5:

Autonomía y Responsabilidad Individual: Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses (Pág.3).

A lo expresado en estos artículos debemos de agregar las siguientes aclaraciones, primero, que la totalidad de las intervenciones médicas, ya sean para prevención, con el objeto de conseguir un diagnóstico o efectuar una terapia solo deberán de realizarse si el paciente brinda su consentimiento, el mismo que debe de ser emitido con libertad y mediante el uso de la información concerniente a su caso, la cual debe de ser facilitada por el personal de salud del establecimiento en el que se atiende. El consentimiento para ser válido debe de ser expreso (escrito), no obstante, el paciente está facultado a revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin tener que fundamentar legalmente u de otra forma dicha petición. La revocación no da lugar a ningún tipo de amonestación o sanción.

Con ello tenemos que, para iniciar la investigación y preparativos para realizar la eutanasia siempre es necesario el consentimiento del paciente, no pudiendo el médico a cargo, realizar el procedimiento de oficio. Para la eutanasia, se debe de tener en cuenta, además de las presentes prescripciones, las leyes de cada territorio y los principios éticos de la población en la que se aplica, además, de lo dispuesto en los tratados sobre Derechos Humanos.

En aquellos casos en los que el objeto de investigaciones sea un grupo humano, además, del consentimiento informado de los individuos podrá solicitarse el de la comunidad en su conjunto y de sus representantes legales. Teniendo siempre presente que del hecho de que la comunidad y sus representantes otorguen su consentimiento nunca es posible deducir el consentimiento individual. Nunca podrá soslayarse este último aludiendo al primero.

2.7. La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Esta convención fue refrendada en New York, el 13 de diciembre 2006, con el objetivo de dejar por sentada las bases de tratamiento legal y humano a personas con capacidades distintas. Esta declaración surge por la urgencia de cambiar el paradigma de concebir a las personas con capacidades distintas como “incapaces”.

En nuestra investigación, la presente convención es importante, ya que con ella tenemos alcances sobre la accesibilidad a derechos por parte de las personas con discapacidad, en tanto que son consideradas dentro de este conjunto aquellas que padecen TMG. El artículo 2 de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), presenta los alcances que los operadores jurídicos deben de tener en cuenta a la hora de evaluar la accesibilidad al derecho de goce y ejercicio de las personas con discapacidad:

Se debe de entender, al concepto de discriminación por discapacidad, como aquel acto excluyente o que restringe el ejercicio o goce de derechos de la persona que padece una discapacidad, generando un obstáculo para el debido ejercicio de derechos fundamentales, como el ser sujeto de derecho en igualdad de condiciones, la libertad y otros derechos humanos derivados. Todo ello, sin exonerar ningún campo de la existencia humana, ya sea económico, político, cultural, civil u otro (Pág.2).

Otro concepto igualmente importante es el de ajustes razonables, este concepto comprende todas aquellas transformaciones y adaptaciones hechas para facilitar el acceso al ejercicio de sus derechos a las personas con discapacidades, para implementar estos ajustes se deben de tener en cuenta los principios de proporcionalidad y de igualdad, entendido este último como la igualdad ante la ley.

2.8. Declaración de la asociación médica mundial sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica

Esta declaración fue adoptada por la 70 Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Tiflis, Georgia en octubre del 2019, la misma que en referencia a la eutanasia afirma lo siguiente: renueva su firme compromiso para con los fundamentos éticos de la medicina, juntamente con la obligación de respeto irrestricto por la vida humana. Por tanto, nuestra asociación es contraria al suicidio asistido y a la eutanasia con intervención médica.

Esta declaración tiene la finalidad de presentar las definiciones de eutanasia y suicidio asistido. La primera hace referencia a aquella acción donde interviene un médico, el cual a pedido del paciente con capacidad para hacerlo, suministra una inyección letal o hace uso de otro medio para acabar con la vida humana. El caso del suicidio asistido se computa cuando el paciente de forma voluntaria solicita al médico que le proporcione los medios idóneos para acabar él mismo con su vida. La diferencia es evidente, en el primer caso nos encontramos ante un acto realizado por el propio profesional de la salud, en el segundo caso, es el propio enfermo el que acaba con su vida con la asesoría de un médico.

Hay que añadir que ningún médico debe de ser obligado a realizar ninguno de los procedimientos antes descritos, ni a colaborar con el paciente a la hora de buscar a un profesional que ejecute la eutanasia, esto es facultativo quedando a discreción de la consciencia de cada médico y sus convicciones. Además, si a consecuencia de la negativa del paciente a proseguir con el tratamiento para su enfermedad, feneciese, el médico no es responsable por ello, puesto que no tiene el poder para coaccionar al paciente para que acepte la terapia.

3. El caso peruano: Ana Estrada

3.1. Sentencia Corte Superior

3.1.1 Hechos

El caso Ana Estrada ha generado amplias controversias en el Perú, tanto en la opinión pública como en la academia entre los que defiende la legalización de la eutanasia y los que se oponen a ella. Debemos indicar que esta es la primera resolución importante emitida por un tribunal peruano respecto de la eutanasia.

Antes de analizar brevemente el caso, expondremos los hechos: la señora Ana Estrada padece polimiositis alrededor de 30 años, esta enfermedad tiene las características de ser degenerativa, progresiva e incurable, lo cual causa dependencia para el paciente. Debido a los potentes dolores que le causa la enfermedad anteriormente mencionada, y el deterioro en el físico que esta le produce, Ana Estrada considera que extender su vida es incompatible con su dignidad. Por ello, la Defensoría del Pueblo, a inicios del año 2020, inició un amparo contra normal legal, en específico, contra el artículo del código penal número 112, con la pretensión de que se le reconozca para Ana el derecho a una muerte con dignidad. En dicha petición se argumenta que el mencionado artículo del código penal es contrario a los derechos expresados en la constitución, derechos fundamentales como la dignidad humana, la autodeterminación y la libertad, además de obligarla a mantener una existencia inhumana. Estrada solicita, se le conceda la eutanasia como una extensión del derecho a la dignidad humana.

Ana Estrada, ampara su pedido en una interpretación extensiva de los derechos fundamentales, pues, afirma que si bien no existe un derecho fundamental denominado: “derecho a la muerte digna”, este se puede deducir de los que si se encuentran expresados de forma explícita en la constitución como: la dignidad humana y la libertad mediante la doctrina de los derechos innominados.

Según Mirando (2019), lo que se conoce en la doctrina como derechos innominados, es una teoría innovadora y de gran importancia para el desarrollo del derecho constitucional en el mundo occidental. Ello teniendo en cuenta que tanto los descubrimientos científicos, como la técnica derivada de ellos han incidido en el desarrollo de la sociedad y, por ende, de los sistemas jurídicos. Los derechos innominados o implícitos representan uno de los avances más importantes en el ordenamiento jurídico del presente siglo, avance que

deviene del principio pluralista. Los derechos innominados, son aquellos cuyo reconocimiento no se encuentra manifestado en el derecho positivo, pero tampoco es que su fuente sea la nada, el arbitrio o el capricho de algún juez, sino que estos a pesar de no encontrarse presentes en el catálogo de derechos en las legislaciones, pueden derivarse razonablemente de otros derechos ya expresos de forma escrita. Es así como, la ausencia de manifestación escrita no disminuye la tutelada debida por el Estado.

Los derechos innominados pueden derivarse de la interpretación de los derechos fundamentales en todas sus generaciones. En consecuencia, la pretensión de Ana Estrada de solicitar el reconocimiento de su derecho a la “muerte digna”, interpretando extensivamente el derecho de dignidad humana y de libertad en su modalidad de autodeterminación, tiene sustento legal.

3.2 Partes del proceso y pronunciamientos

En este proceso intervino como demandante: La Defensoría del Pueblo en representación de Ana Estrada Ugarte; como demandados: El Ministerio de Justicia, El Ministerio de Salud y ESSALUD; en calidad de *amicus curiae*: La Pontificia Universidad Católica del Perú (clínica de derecho penal de la facultad de derecho) y La Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos.

3.2.1. La Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo mediante el Defensor del Pueblo, Dr. Walter Gutiérrez, en favor de Ana Estrada y cautelando sus derechos fundamentales, entre ellos el de “muerte digna”, solicita:

- a) Que se inaplique el artículo 112 del Código penal, porque limita el derecho de Ana Estrada, lesionando su derecho fundamental a una muerte en condiciones dignas, así como su derecho a la dignidad y a la vida digna, a la autonomía de la voluntad y al libre desarrollo de la personalidad.
- b) El pedido no es dejarla morir, sino que ella decida cuándo morir.
- c) Que se reconozca el derecho a la muerte, en condiciones dignas. Es un derecho que ya existe, alojado en el artículo 3 de la Constitución. Se pide que se declare este derecho, que se compagina con el derecho a la dignidad y la autonomía de la voluntad. Ana tiene muchas ganas de vivir, lo que quiere es tener la libertad de decidir cuándo morir y reitera que el Estado no sea omiso a este requerimiento.
- d) Que Essalud establezca una Junta médica para que pueda realizarse la eutanasia.

- e) Que, para este caso concreto, el Juez admita la demanda.
- f) Por último, de la aplicación de la eutanasia se haga extensiva a casos similares a los de la paciente Estrada.

Dichas reclamaciones están sustentadas en la interpretación extensiva de los derechos fundamentales existentes, bajo la perspectiva de la doctrina de los derechos innominados. Solicitud que contempla lo necesario para la aplicabilidad del derecho a la muerte digna, como es la despenalización de lo que hoy se conoce como homicidio piadoso y la exigencia de una reglamentación al Ministerio de Salud.

3.2.2. El Ministerio De Justicia

El Ministerio de Justicia, se pronuncia arguyendo que no existe ningún pronunciamiento peruano acerca de la eutanasia, recalcando que el juez en cuanto juez no tiene potestades legislativas, sino de mera aplicación. Asimismo, hace referencia a la normativa de la Corte Interamericana de Justicia.

En este aspecto, recalca la Corte Interamericana no ha emitido pronunciamiento, por lo que basándose en esta institución no existe una posible afectación en el ámbito del Derecho Internacional. Hay que aclarar, que contrariamente a lo sucedido en la Corte Interamericana, el Tribunal Europeo si ha emitido pronunciamientos en variadas ocasiones, en temas como la muerte digna. No obstante, del análisis de su jurisprudencia se puede afirmar que no han emitido alguna prescripción obligatoria, por lo que es potestad de los Estados el regular o no favorablemente la cuestión de la eutanasia, lo que no constituiría ninguna vulneración a derechos fundamentales. Hay que añadir que la ausencia de regulación legal tampoco constituye por sí misma una infracción a la Carta Americana de Derechos Humanos.

La contestación del ministerio de justicia se pronuncia en los siguientes términos: la pretensión de la demandante es contraria a nuestro ordenamiento jurídico de corte democrático, ya que elude la división de poderes, puesto que como bien señala la parte demandante no contamos en la actualidad con regulación precisa acerca de la eutanasia, pretendiendo ella que la sentencia del juez funja como acto creador de derechos, propiciando que el juez superior ocupe el papel del legislador.

3.2.3. El Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud, se pronuncia respecto de algunos puntos indicados por el Defensor del Pueblo, aclarando la relación de la medicina con las decisiones al final de la vida y la intervención de la ética médica en los procesos de eutanasia.

Respecto a las características que harían viable la aplicación de la eutanasia, afirman: la paciente Ana Estrada padece una enfermedad sin cura y actualmente su estado de salud es muy delicado, ella extiende un requerimiento para que se le aplique la eutanasia, también precisa que le es necesario contar con un experto que realice el procedimiento de manera adecuada. Sin embargo, esto no está permitido, ya que la norma prescribe que el individuo que, por misericordia, termine con la vida de un paciente que presenta una enfermedad incurable, que previamente solicitó poner fin a su vida, será sancionado con una pena de privación máxima de tres años. Al ser este el caso, es un problema legal para cualquiera que acceda a la pretensión de la paciente, ya que sería declarado culpable y se le aplicaría el artículo antes mencionado.

Sobre el Código de Ética del Colegio de Médicos frente a la eutanasia, se afirma lo siguiente: el Código de Deontología Forense del Colegio Médico del Perú y del Código internacional Ética Médica creado por la Asociación Médica Mundial, mantienen la plena aplicación del Juramento Hipocrático por el cual se debe preservar por encima de todo la salud de los pacientes, y sobre todo respetar el transcurso natural del fallecimiento, sin que se busque tratamientos que terminen rápidamente con la vida.

Sobre el significado médico de dignidad humana y calidad de vida, afirman: existe una discusión sobre la concepción de la dignidad humana y calidad de vida. Algunos reconocen lo indigno, como la falta de aptitud para la libertad frente a situaciones complicadas como la que pasa la paciente Estrada. Otro grupo de la doctrina afirma que la dignidad humana no puede ser minimizada a la calidad de vida. Se pueden presentar circunstancias físicas y mentales opuestas a la dignidad humana, pero estas no transforman forzosamente a una vida en indigna, por lo cual este sector de la doctrina llega a la conclusión de que no es ético suprimir intencionalmente la vida, ya que la dignidad no depende de circunstancias físicas o mentales.

3.2.4. Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos

La sociedad peruana de cuidados paliativos se pronuncia respecto de muchos puntos importantes, al respecto de la “muerte digna” afirma: la Sociedad Paliativa considera que

en efecto existe un derecho al que se le puede denominar “muerte digna”, como puede evidenciarse del hecho de que la legislación civil prohíba la disposición del cuerpo de la persona fallecida. No obstante, les preocupa que dicho derecho a la “muerte digna” se le confunda con la eutanasia, llegando al extremo de afirmar que el acto eutanásico es el único medio idóneo para alcanzar la muerte digna. Consideran, además, que la eutanasia en lo concerniente al consentimiento es deficiente, pues, por los efectos mismos de la enfermedad, la voluntad se ve afectada.

Respecto del labor de los comités de ética, los distintos Comités de Ética Clínica, son permisivos a la hora de establecer el procedimiento médico, cuando por ejemplo existe carencia de equipos médicos, a causa de la gran demanda por parte de los pacientes, o cuando se puede presumir con altos grados de probabilidad que el tratamiento en lugar de coadyuvar a la mejoría de la salud del paciente la empeorará, en cuyo caso, el mismo paciente o la familia en caso de voluntad desplazada están facultados a rechazar la aplicación de dicho tratamiento. Por otro lado, determina la objeción de conciencia como mecanismo para que el médico pueda rehusarse a efectuar el proceso eutanásico u otro que acorte la vida. Esto último lo prescribe con el objetivo de dar una rápida respuesta a los posibles dilemas éticos que se pueden producir al enfrentarnos a los sucesos de un paciente que se encuentra en los límites de la vida.

La Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos coincide con las afirmaciones de la OMS, en lo referido al fin de la vida y los cuidados paliativos: la OMS, determinó en el año 2014 que los cuidados paliativos son un derecho humano, debido a ello se establece una obligación vinculante para los Estados de proveer este tipo de tratamiento. Al establecer a los cuidados paliativos como un derecho humano, se está dando la importancia debida a las necesidades de un gran número de personas que sufren dolor físico u otro tipo de sufrimiento, que solicitan se les otorgue los cuidados debidos para una muerte digna. No obstante, una vez más es la realidad y las circunstancias económicas propias de cada país, son las que limitan el ejercicio de este derecho, pues ya sea por la onerosidad o por la inexistencia de centros de cuidados paliativos descentralizados de la capital, muchas de las personas que los solicitan, no pueden adquirirlos.

Respecto de la muerte digna y su relación con la eutanasia: se afirma que no se puede asimilar el término “muerte digna” con “eutanasia”, sino que este debería de entenderse como los “cuidados paliativos” al final de la vida, pues son estos cuidados los que reducen el dolor físico y psicológico, propiciando los tratamientos necesarios para en lo posible

eliminar todo vestigio de dolor al final de los días, esto es lo que se debe entender como “muerte digna”.

3.2.5. Pontificia Universidad Católica Del Perú

La PUCP, se pronuncia al respecto de muchos puntos filosófico-jurídicos importantes inmersos en la solicitud de Ana Estrada; en lo referido a la interpretación y fundamentación filosófica de la dignidad humana nos dice que la dignidad humana como la entendemos desde Kant, impide al Estado, a la sociedad y a otros organismos supra individuales, instrumentalizar a las personas, prescribiendo la obligación de concebir a los ciudadanos como fines en sí mismos y nunca como medios para algún fin. Como consecuencia la autodeterminación de la persona se torna en el límite principal para el actuar estatal.

La autodeterminación es aquella facultad natural de las personas, para tomar decisiones razonadas de forma autónoma, esta facultad supone la potestad de aceptar o rechazar injerencias sobre el cuerpo y las libertades propias. Las anteriores premisas llevadas al contexto médico se traducen en la necesidad para los médicos, de obtener el consentimiento informado del paciente antes de aplicarles cualquier tratamiento u acto invasivo corporal; el consentimiento informado solo se produce después de la aquiescencia, en la que previamente el paciente ha sido informado con claridad y de forma completa de todas las circunstancias de su diagnóstico.

Y finalmente, aclarando el ámbito de protección de la vida, debe de entenderse por protección a la vida, toda salvaguardia que trasciende lo biológico y que abarca conceptos sociales, como la dignidad humana y la autonomía. Entendida así la vida, el delito de homicidio piadoso es perfectamente inconstitucional, puesto que, parece limitarse a proteger la vida solo en su sentido biológico, ignorando su elemento metafísico que es la dignidad humana.

4. Análisis de la primera sentencia del caso Ana Estrada

4.1. Los derechos innominados

Los derechos fundamentales, han sido clasificados en la doctrina como “números apertus”, es decir que la enumeración de derechos que tenemos en la constitución no es definitiva y excluyente, pueden aparecer nuevos derechos fundamentales desarrollados del contenido de los ya expresados explícitamente en la constitución. Aquellos derechos

nuevos que se deducen de los ya existentes se denominarán derechos innominados o derechos implícitos, ya que su contenido lejos de agregar un contenido nuevo es solo el desarrollo de un contenido ya manifestado de forma parcial.

En el caso específico de Ana Estrada se evalúa la existencia de un derecho innominado designado como “muerte digna”, el cual tendría su origen en el derecho fundamental a la dignidad humana, para contextualizarlo se argumenta que la dignidad debe de entenderse como calidad de vida, es decir una vida es digna siempre que cumpla con ciertos estándares que le otorguen tal calificación. Para Estrada su vida se ha tornado indigna debido al proceso degenerativo de su salud a consecuencia de su enfermedad, la cual además le propicia sufrimiento mental y físico.

El derecho a una muerte digna según Estrada debe garantizar que la personas que se encuentran en condiciones de existencia inhumanas puedan liberarse, es decir morir voluntariamente, mediante un proceso que garantice el menor dolor posible para ella y sus familiares, en un ambiente médico cauteloso de proporcionar todos los cuidados para una muerte apacible.

La muerte digna al igual que la dignidad humana se clasificaría como un derecho fundamental, por tanto, toda norma de rango inferior que lesione o impida la efectiva realización de este derecho tendría que devenir necesariamente en inconstitucional. Este es el caso según los demandantes del tipo penal de homicidio piadoso, que, al impedir la realización efectiva por parte de Ana Estrada de su derecho al acceso a una muerte digna mediante la eutanasia, y teniendo en cuenta la jerarquía de las normas debería de ser inaplicable, abriendo así la posibilidad para que otras personas que padecen males similares al de Estrada puedan hacer uso del mismo derecho.

4.2. El derecho a la dignidad

La dignidad entendida como autodeterminación tiene un déficit, pues al entenderse que la dignidad es la capacidad de decidir por voluntad propia los actos de la vida, en base a una deliberación racional, se estaría excluyendo de la dignidad a aquellas personas que por motivos circunstanciales o congénitos no gozan de racionalidad plena, este es el caso de las personas con TMG, las que por efectos del trastorno ven reducidas sus capacidades cognitivas y según esta postura también su dignidad. Para corregir este déficit, se va a argumentar que, si bien la dignidad está enlazada a la capacidad de razonar y decidir, no se limita a esta, pues para decidir solo se necesita en algunos casos un mínimo de

racionalidad lo que no significa que la persona adquiera grados de dignidad conforme la racionalidad de sus actos ascienda o disminuya.

Como afirmamos con anterioridad, la dignidad es una cualidad intrínseca a todo ser humano, su interpretación debe complementarse con los otros derechos fundamentales como la igualdad, entonces tenemos que no se puede afirmar que unas personas tengan más dignidad que otras porque todos somos iguales ante la ley independientemente de nuestras características o taras. A lo dicho, la sentencia de Estrada agregará a la autopercepción como criterio de dignidad.

4.3. Autopercepción como criterio de dignidad

Según la CS la propia consciencia de nuestra dignidad es uno de los criterios para delimitarla, en base a nuestra individualidad nosotros podemos evaluar las condiciones de nuestra existencia, de este juicio de valor subjetivo vamos a deducir si nuestra existencia cumple o no nuestros estándares para afirmar que tenemos una vida digna. En el caso de Estrada la paciente ha evaluado sus circunstancias actuales, encontrando que, al carecer de intimidad, independencia, de salud y de un pronóstico de vida positivo, siendo que su cuerpo experimentará con seguridad más daño a futuro, considera que su vida no cumple con sus estándares de dignidad individuales.

Esta postura ha sido duramente criticada, ya que no cumple con criterios objetivos, sino que da preeminencia a las creencias y pareceres subjetivos, convirtiéndolos en criterios definitivos en los casos de eutanasia. En el caso de los TMG, la consideración de estos factores como criterios únicos se haría peligrosa, pues el solo hecho que el paciente afirme que su TMG le produce indignidad podría validarse una solicitud de eutanasia.

4.4. El ser humano como libertad

El ser humano es el titular de su libertad, usando su libertad es que las personas pueden crear para sí mismos sus proyectos de vida, estos proyectos de vida son los instrumentos mediante los cuales alcanzan su perfeccionamiento y en esta cualidad reside la dignidad del hombre. La libertad es independiente del hecho de que el hombre logre o no el proyecto planteado para su vida, el solo hecho que tenga la facultad de plantearse lo hace digno, ya que expresa su individualidad irrepetible.

La dignidad al ser una cualidad inmanente del individuo no puede ser derogada por ninguna ley, en un sistema democrático la libertad se presenta como un límite para el

actuar del Estado, no obstante, el Estado es también garante de la libertad de sus ciudadanos, la única justificación para restringir libertades es la lesión de los bienes jurídicos de terceros.

4.5. Del dolor

El dolor tiene dos manifestaciones una física y otra mental; comúnmente el dolor es consecuencia de una enfermedad, asimismo la enfermedad puede entenderse como un tránsito entre la vida y la muerte, por lo que la percepción del dolor es un presagio de la cercanía de la muerte, cuando el dolor intenso físico o mental está acompañado de la seguridad que se padece un mal incurable y de una progresiva pérdida de capacidades, puede acontecer que el enfermo perciba que su vida ha perdido la dignidad.

La pérdida de dignidad percibida por el propio paciente se justifica por la segunda dimensión de la dignidad llamada “autopercepción”, aunque dicho juicio parece padecer de un subjetivismo radical, tiene asidero en los estragos físicos reales que produce la enfermedad. En el caso de Ana Estrada, de la narración de los hechos podemos extraer que es innegable que la paciente ha perdido su autonomía, de los hechos narrados de la evolución de la enfermedad a lo largo de su vida podemos constatar también racionalmente que la paciente sufre mental y físicamente.

Consecuentemente, el sufrimiento y la pérdida de autonomía se convierten en dos hechos que justificarían la aplicación de la eutanasia, que se debe entender como “liberación” del dolor y como un acto de libertad sobre la propia vida. El derecho a la muerte digna en estas circunstancias trata de garantizar que se haga efectiva la libertad antes que ella se haya esfumado de la persona a causa de su enfermedad. Este es el caso de Estrada cuyo diagnóstico hace previsible que conforme transcurra el tiempo perderá cada vez más sus capacidades motrices, reduciéndose drásticamente su autonomía a causa de ella.

No obstante, la CS exhorta a diferenciar entre el deseo de morir por causas objetivas y el deseo de morir causado por una enfermedad mental, en el primer caso la eutanasia se presenta como un derecho legítimo pues permitiría que el paciente se libere de sus sufrimientos, en el segundo caso, otorgar la eutanasia sería un atentado contra la vida, pues el deseo de morir es producto de la distorsión que ha producido el TMG en la consciencia del paciente, es presumible que si el paciente recibiera el tratamiento y sanase agradecería el hecho de no haberlo dejado atentar contra su vida.

En el primer caso la muerte digna nos remitiría al derecho a disponer voluntariamente de la vida, en el caso de los pacientes con TMG no remitirá al derecho a una atención psiquiátrica de calidad, que permita al paciente recobrar el normal funcionamiento de su consciencia.

4.6. Modelos de reacción constitucional a la eutanasia

Según la CS existen cuatro modelos de respuesta constitucional ante la eutanasia, cada uno de ellos interpreta y vincula a los derechos fundamentales comprometidos de una forma particular y emite sus conclusiones, los modelos son:

- a) El primer modelo es en el que se prohíbe la eutanasia, se entiende que el deber de proteger la vida es ilimitado, aunque no se halle expresado de esa forma en la constitución, en este tipo de legislaciones la vida es un bien indisponible por el propio sujeto lo cual produce que se tipifique actos como el homicidio piadoso, pues aquel consentimiento por el que el paciente supuestamente facultaría a acabar con su vida es inválido.
- b) El segundo modelo, no solo reconoce la legitimidad de la eutanasia, sino que le otorga el estatus de derecho humano, ya sea en su modalidad de muerte digna o de autodeterminación, cuando la eutanasia es legitimada mediante el derecho a una muerte digna la justificación de la disponibilidad de la vida se encuentra en los síntomas de la enfermedad, los que producen dolores insoportables o incapacitaciones importantes que tornan a la vida indigna. Cuando la eutanasia se legitima mediante la autodeterminación, la justificación es la primacía de la libertad como valor jurídico y la prohibición para el Estado de limitar libertades si estas no producen daños a terceros.
- c) Los dos siguientes modelos se pueden clasificar dentro de los modelos de riesgo, ya que ambos alegan que el derecho a disponer de la propia vida si bien es legítimo debe ser limitado ya que comporta altos riesgos para la sociedad. El primer modelo, postula la idea de que la eutanasia entendida como libertad debe ser limitada, primero por el hecho de que no existen derechos absolutos y en el caso de la eutanasia los “riesgos de abuso”, justificarían su penalización, aunque no se puntualiza cuáles son los riesgos. El segundo modelo de riesgo acepta la legalización de la eutanasia, pero solo en situaciones excepcionales, como el padecimiento de ciertas enfermedades, argumentando la imposibilidad de aplicación general por los riesgos ínsitos en esta práctica.

Dentro de estas teorías de riesgo y la disertación sobre el paternalismo estatal que hace la CS se menciona en específico el caso de las personas que padezcan TMG, al respecto la CS afirma que las personas que sufren estos padecimientos no podrían solicitar la eutanasia, puesto que su consciencia se halla afectada por el TMG, por lo que el derecho que les corresponde es el de recibir un tratamiento adecuado, no el de morir. En este sentido, la cautela del Estado para con las personas que sufren TMG, es una injerencia justificada en las libertades individuales de estas personas.

4.7. Aplicación del test de proporcionalidad y sentencia

El test de proporcionalidad se basa en tres principios mediante los cuales se analiza la constitucionalidad de una norma. El primero de los principios, es el principio de idoneidad mediante el cual se evalúa si la norma emitida es la más idónea para cumplir con el objetivo propuesto, que en todos los casos es cautelar un bien jurídico; el segundo principio es el de necesidad, según el cual la vía de protección seleccionada por el legislador debe ser necesaria en el sentido de no existir otra vía igualmente satisfactoria menos lesiva para proteger al bien jurídico. Por último, el principio de proporcionalidad en sentido estricto, evalúa si de la colisión de los derechos en conflicto alguno de ellos debería de prevalecer y por tanto, su cautela debería de preferirse.

En el caso de Ana Estrada, la CS evalúa mediante el test de proporcionalidad la constitucionalidad del tipo penal denominado homicidio piadoso, el primer criterio aplicado es el principio de idoneidad, se identifica que el bien jurídico protegido con el tipo penal es la vida, que el Estado como titular del deber de protección de la vida se encuentra facultado para promulgar normas que atiendan al cumplimiento efectivo de este deber, debido a ello el tipo penal cumpliría con la labor de garantizar y proteger la vida de los ciudadanos.

En la segunda etapa del test se aplicó el principio de necesidad, encontrando que existen otras vías igualmente satisfactorias para cautelar la vida de los pacientes con enfermedades terminales e incurables, como son la promoción de los cuidados paliativos y otras políticas de salud públicas que ayudarían a reducir los problemas que se presentan al final de la vida, entre ellos el dolor sin tener que recurrir a la eutanasia y otros procesos de disposición de la vida. Por último, de la aplicación del principio de proporcionalidad en sentido estricto, se concluye que en el tipo penal de homicidio piadoso se produce la colisión entre los derechos fundamentales de vida, dignidad y libertad; que en el caso

específico de Ana Estrada debido a su enfermedad se puede realizar una excepción del deber del Estado de proteger la vida, ya que su enfermedad ha tornado a su vida indigna al someterla a tratos crueles e inhumanos, además de producir una disminución esencial en su libertad por la pérdida de autonomía.

En conclusión, de la aplicación de test se deduce que la norma en el caso específico de Estrada es inconstitucional pues el tipo penal de homicidio piadoso atenta contra la dignidad de la paciente Estrada y el desarrollo libre de su personalidad, por tanto, se resuelve declarar fundado en parte el pedido de Ana Estrada permitiéndole acceder a la eutanasia siempre y cuando dicho proceso lo realice un médico y bajo la supervisión institucional del Estado, para ello se emplaza a ESSALUD para que se haga cargo de conformar dos comisiones la primera para elaborar el protocolo de ejecución y otra para ejecutar la eutanasia en sí misma. El protocolo elaborado por ESSALUD debe ser aprobado por el MINSA.

No obstante, se niega la pretensión para que la inaplicación del mencionado tipo penal se haga extensiva a otros casos iguales a los de Estrada, justificando dicha decisión en que la creación de derechos y la facultad de promulgarlos para su aplicación general es del poder legislativo, por tanto, que dicho acto lo realice un juez constitucional supondría un atentado contra el principio de división de poderes.

Esta sentencia constituye la primera pronunciación favorable por parte de uno de los poderes del Estado al respecto de la eutanasia, por lo que constituye un precedente relevante que puede conducir a la legalización general de la eutanasia, tal y como sucedió en la vecina nación de Colombia.

5. Sentencia de Ana Estrada Corte Suprema

La CSPR del Poder Judicial peruano, en su Consulta al expediente N° 14442 – 2021, proporciona nuevas perspectivas sobre la eutanasia, y los temas concomitantes a ella. Entre estos temas vinculados, se encuentra lo que en doctrina se ha denominado como “obligación de vivir”, este concepto nace de una teoría del derecho a la vida en su versión conservadora, en la cual se entiende que la vida debe de ser defendida a ultranza, sin considerar excepciones, de estas premisas algunos juristas han deducido la existencia de una obligación de vivir, es decir, dentro del grupo de deberes prescritos por el Estado para sus ciudadanos, existiría uno de seguir viviendo sin importar las circunstancias, al ser un

deber, su incumplimiento traería aparejada una sanción, que se expresaría en el tipo penal de “homicidio piadoso”.

La CSPR refuta el argumento de que exista en el ordenamiento peruano una presunta “obligación de seguir viviendo”, y que el tipo penal de “homicidio piadoso” sea su manifestación concreta, puesto que, de ser cierto el suicidio debería encontrarse también tipificado, lo cual conduciría a considerar imputable al suicida, lo cual sería un verdadero absurdo pues los muertos no son susceptibles de imputación. Aunque, se alegue que el mismo delito podría ser punible a título de tentativa, la CSPR desecha dichas aseveraciones, alegando que no es imputable al sujeto una obligación de vivir; aunque si bien es cierto que un Estado de bienestar debe garantizar que se den las condiciones para que todas las personas gocen de una existencia digna, pueden existir casos fortuitos producidos por diversas causas en las que la vida se convierte en un tormento, lo que conducirá a que las personas lamentablemente tomen la decisión voluntaria, consciente y libre de acabar con sus vidas, con el objetivo no de dañar su bien jurídico denominado vida, sino de ponerlo a salvo de tratos crueles e inhumanos que alteran su dignidad y autonomía.

Es importante recalcar que, para la CSPR, la vida debe vincularse con la dignidad, de ello debemos deducir que se apega a la teoría social de la dignidad humana, la que concibe a la vida no solo como cualidad meramente biológica, sino como una categoría social, compuesta de la vida orgánica y la dignidad.

La consideración antes expuesta por la CSPR, se vincula con la interpretación que hace del conflicto de valores que se produce en lo concerniente a la eutanasia, donde colisionan derechos fundamentales como la libertad y la vida, afirmando que la libertad, consignada en la constitución como un derecho fundamental, es inmanente a la persona, el significado que debe otorgársele a la libertad se relaciona con la autonomía de tomar decisiones, incluyendo sobre la vida; en consecuencia, vivir no es una obligación, la libertad si lo es y por ello, el individuo tiene la potestad de proyectar su vida y su muerte. No obstante, la libertad no es un derecho absoluto y también puede ser restringido, la evidencia es que el ser humano limita su propia libertad para no causarle daño a terceros; el Estado impone restricciones a la libertad, pero a la vez la garantiza. Al establecer límites y garantías, es posible que establezca excepciones para satisfacer ambos deberes.

Con ello la CSPR, está aclarando que, si bien el concepto de autodeterminación incluye la disposición de la vida, del pensamiento y de las acciones, por parte de las personas de forma exclusiva. Esta no incluiría un derecho a disponer de la vida indiscriminadamente, ya que, la libertad, a pesar de ser un derecho fundamental, al igual que los otros derechos fundamentales, está limitada por el Estado, no es un derecho total, como algunas doctrinas políticas pretenden.

En consecuencia, debemos entender el derecho de autodeterminación en su justo límite, no recurriendo al extremo de su absolutización, afirmando la disponibilidad irrestricta de la vida, ni tampoco, entendiendo el derecho a la vida, como una obligación en desmedro de las libertades individuales, representado por el derecho a la autodeterminación.

5.1. Tres perspectivas de la dignidad humana

Sobre la dignidad humana, la CSPR desarrolla su contenido desde tres perspectivas posibles, la primera de origen Kantiano, de la cual afirma lo siguiente: esta teoría proviene de una corriente liberal que ha aportado grandes ideas al derecho, en especial consagrando a la igualdad y la libertad como principios extensivos a todos los seres humanos, trascendiendo a las clases sociales y que en su versión kantiana se manifiesta como elemento inherente que prescribe la prohibición de que el humano sea tratado como un medio, es decir la imposibilidad de ser instrumentalizado, al ser la persona un fin en sí mismo. Asimismo, resalta la cualidad racional como capacidad que justifica el respeto a la autodeterminación, pero prevé que la dignidad humana entendida como autonomía puede verse limitada de facto en ciertos momentos de la vida o por el padecimiento de algunas enfermedades que afecten gravemente a la consciencia.

La segunda perspectiva de la dignidad es de origen religioso, y se remite a dogmas cristianos, desde una visión del derecho natural no subjetivista, en esta teoría se establece que la dignidad humana es una cualidad inherente a toda la humanidad, por ser todos hijos de Dios, en esta teoría los derechos tienen un origen ultra humano, por tanto, no se encuentra dentro de las facultades de la voluntad humana el poder cambiar o derogar dichos derechos. El derecho natural ha sido visto por algunos juristas como el tipo de derecho compatible con la protección radical de los derechos humanos al dejarlos fuera del alcance del poder político.

Y una tercera perspectiva, basada en fundamentos de la filosofía post moderna propia de fines del siglo pasado, dominada por las corrientes subjetivistas, es decir aquellas en las

que la dignidad es una cualidad que se puede auto percibir y también que se construye en base a nuestra relación con los otros, en esta teoría el instrumento mediante el cual las intersubjetividades se relacionan es el lenguaje, la construcción de lenguaje y mecanismos discursivos comunes son los que posibilitan que conceptos como dignidad adquieran una universalidad asimilable para toda una comunidad con un significado y percepción común. Debido a ello, las demás personas dentro del constructo social se convertían en el barómetro de conceptos tales como autonomía, dignidad y libertad.

5.2. La muerte digna como derecho

Otro punto interesante es el referido al pretendido derecho a la “muerte digna”, según el cual, las personas que, debido a alguna enfermedad u otra circunstancia, hayan perdido ciertas cualidades materiales o espirituales en su vida, tienen el derecho a disponer el fin de esta; en este marco, la CSPR se expresa en los siguientes términos:

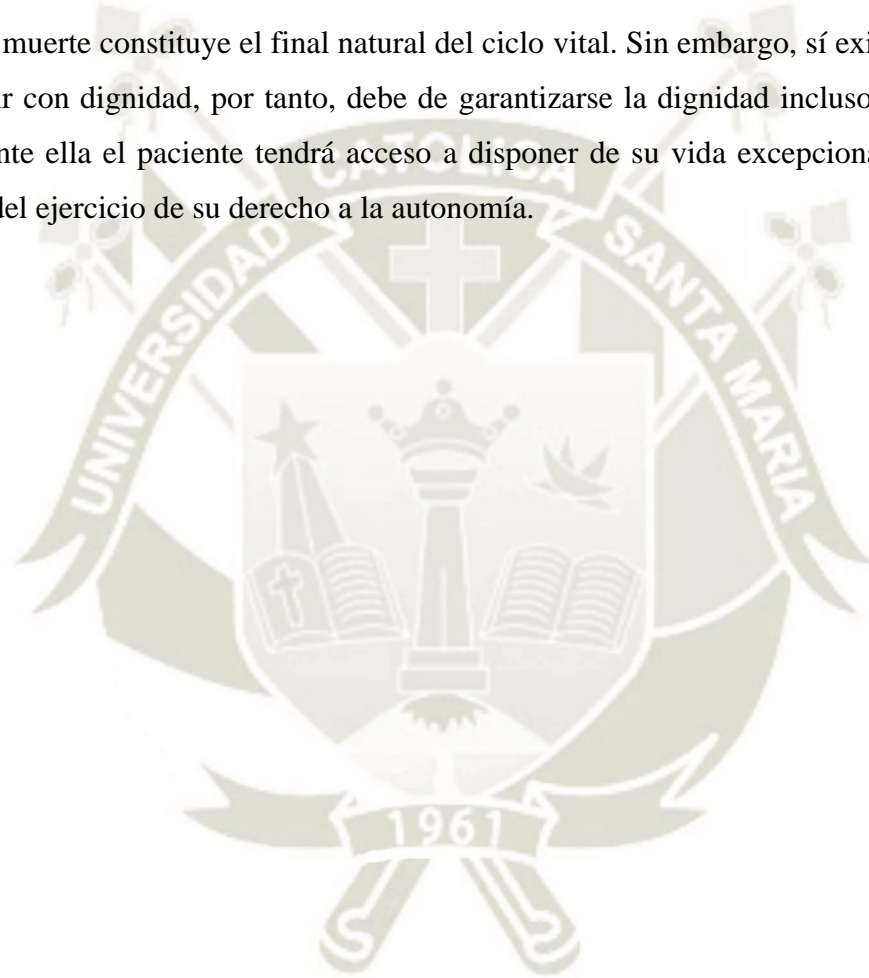
- A) La dignidad humana debe de entenderse como una cualidad inherente al ser humano, como la esencia misma del concepto de persona, por tanto, en tanto palabra la dignidad no funciona dentro del lenguaje jurídico como un adjetivo, es decir como una cualidad que se puede predicar o no de un sujeto, sino es un sustantivo. En consecuencia, el uso de la denominación “muerte digna” es ilegítimo ya que convierte en adjetivo lo que es por naturaleza un sustantivo, convertido a la dignidad en un predicado de la muerte.
- B) Este uso que se hace de la palabra dignidad como “muerte digna” es por tanto contrario a la doctrina de los derechos humanos que supone la inherencia de los derechos fundamentales al concepto de persona, llegando a afirmar que los mencionados derechos son su verdadera esencia.

La opinión de la CSPR es muy interesante, pues, resuelve y clarifica la relación real entre el derecho a la vida y la dignidad humana, sosteniendo que es imposible dar a la dignidad un trato de predicado, esto es, de cualidad imputada a un objeto o persona, la dignidad no es una cualidad, atributo de la persona, es la sustancia misma de la persona, es decir, no hay posible bifurcación entre el ser humano y su dignidad, son lo mismo. La dignidad no se predica de la persona, la persona es digna en sí misma.

Estas premisas de la CSPR presentan un marco interpretativo que se debe de tener en cuenta, al momento de argumentar con los valores de vida y dignidad constitucionales. De esta interpretación se deriva, que al ser necesario la vida para la constitución de una persona,

pues un cuerpo inerte, sin vida como bien sabemos no puede ser un sujeto de derecho, al ser la vida pues el soporte del concepto de persona y, por tanto, de todos los derechos, es imposible afirmar que exista un derecho a la muerte, entendido este como disponibilidad a morir, pues sería contrario a la interpretación de la consustancialidad de dignidad y persona.

En este sentido se expresa la CSPR al afirmar que se puede concluir que es insostenible la pretensión de la existencia de “un derecho a morir” o “un derecho a la muerte”, puesto que la muerte constituye el final natural del ciclo vital. Sin embargo, sí existe el derecho a morir con dignidad, por tanto, debe de garantizarse la dignidad incluso en la agonía, mediante ella el paciente tendrá acceso a disponer de su vida excepcionalmente como parte del ejercicio de su derecho a la autonomía.



CAPITULO III: LA DIGNIDAD HUMANA, AUTODETERMINACIÓN Y PERSONA

Dworkin, ha analizado la cuestión de la eutanasia, a la que ha denominado como “el dominio de la vida”, para este autor la disputa entre los liberales y conservadores es absurda, en tanto que es evidente que la vida supone un valor sagrado, sobre el cual se fundamenta la sociedad, al ser la finalidad primordial de esta garantizar la supervivencia del individuo. No obstante, Dworkin afirma que la sacralidad de la vida no nos remite a una visión religiosa, sino, hace referencia a la cualidad de intangible que tiene este derecho.

El mencionado autor logra compatibilizar la sacralidad de la vida con las premisas de libertad propias del liberalismo, aseverando, que el derecho a la vida en conjunción con la libertad supone la faculta de poder diseñar autónomamente el proyecto de vida, incluyendo en él a los últimos días, sin embargo, la facultad de disponer de la vida en el momento final, es excepcional, dado que debe primar su cualidad de intangible. Los casos excepcionales se refieren únicamente a las personas que padecen dolencias terminales, graves o dolorosas sin diagnóstico posible de curación.

Es así como el dominio de la vida en la teoría de Dworkin, nos remite a una visión en que la vida conserva su valor como derecho fundamental y base ontológica de los derechos, por tanto intangible, pero dadas ciertas circunstancias y en atención a un derecho de corte humanista, prescribe que en casos de enfermedades que causen graves estragos para la salud del individuo, este puede ejercer el dominio sobre su vida, planificando como ponerle fin acorde a derecho, sin acudir al suicidio de facto.

1.Nociones Generales

La dignidad humana, se erige hoy como aquel concepto sobre el cual y del cual se deducen todos los derechos de los actuales sistemas jurídicos respetuosos de los DDHH; el origen de este concepto se remonta a la época clásica: la dignidad era sinónimo de virtud, de preponderancia, uno era digno por haber realizado un acto que le otorgaba cierta dignidad, según las virtudes de la comunidad en la que habitaba. Esta forma de entender la dignidad cambia con el advenimiento del cristianismo, pues, dentro de su doctrina se encontraba la premisa de ser “todos dignos por ser hijos de Dios”.

Las corrientes humanistas cruzan el océano y son muchos los que bregan por los derechos de los indígenas en el virreinato peruano, influenciados por esta forma de entender la dignidad. No obstante, este concepto sigue desarrollándose y en el siglo XVIII, Kant desarrollaría la moderna concepción de dignidad del hombre, la cual tendrá como fundamento a la libertad moral, que no es otra cosa que la capacidad del hombre para decidir y otorgarse leyes, asimismo, leyes que son compatibles con la razón y con el bien de la comunidad.

Según Valls (2015), para conocer los orígenes de la dignidad humana tal y como se la entiende en la actualidad, habrá que conocer la teoría moral kantiana. La cual se funda en la autonomía de las personas, entendida como libertad de forma activa, pues es el hombre el mismo que se da leyes, leyes que devienen de su raciocinio.

Es, a partir de la concepción kantiana de la dignidad que los juristas concebirán a la autonomía del individuo como requisito ineludible para afirmar la dignidad de una persona. Es así como, la libertad se convierte en el origen de todos los derechos, cuya expresión más visible es la autonomía del individuo en sus decisiones. Otros aspectos de la dignidad son su inherencia e inalienabilidad, con esto queremos decir que: no se puede privar, ni excluir de la dignidad a ninguna persona, por ningún motivo pues es parte de su naturaleza como persona. Por tanto, este se convierte en un derecho irrestricto y transversal para todo el sistema jurídico.

En el siglo XXI, encontramos a la dignidad ocupando un papel protagónico en las políticas y legislaturas occidentales, es por ello que, todo debate acerca de derechos fundamentales como el que nos atañe en esta investigación, debe de pasar necesariamente por una revisión del contenido de la dignidad.

1.1. Las diferentes concepciones de la Dignidad Humana

La dignidad humana, ha sido objeto de un largo desarrollo histórico, proceso en el cual se ha ido impregnando de las distintas ideas dominantes de cada época, en el presente apartado, desarrollaremos una síntesis de las distintas concepciones que ha tenido la dignidad, con el objetivo de brindar un concepto histórico de la misma, el cual servirá para desarrollar nuestra postura acerca de la eutanasia.

1.1.1. La Dignidad en Grecia

Es sabido que la época clásica de la historia occidental estuvo definitivamente marcada por la influencia de Grecia, por el pensamiento griego y sus exponentes álgidos: Sócrates, Platón y Aristóteles. Estas ideas fecundaron al pensamiento del antiguo imperio romano, expandiéndose así por todo el mundo, perteneciendo a nuestro acervo cultural hasta el día de hoy.

En Grecia y la Roma antigua, se manejaba un concepto de dignidad a la que llamaremos funcional, puesto que, la dignidad no era concebida como una cualidad inherente a todos, sino que era una virtud, de unos pocos, que hacía que resaltasen por encima de las demás personas. Es así, que los cargos públicos, eran cargos de dignidad, en el sentido de que otorgaban a la persona que los poseía un estatus especial.

Es aquí, donde aparece la definición del hombre como ser racional, a diferencia de los animales, carentes de intelecto, por ello Aristóteles funda la dignidad del hombre en su racionalidad, que lo distinguiría de los otros seres de la naturaleza, haciéndole ocupar un lugar preeminente en ella.

Según Torralba (2005) al respecto Aristóteles afirma, que el hombre al igual que los otros animales tiene la capacidad de movimiento, de moverse por voluntad propia. No obstante, el ser humano, posee la capacidad de razonamiento, por tanto, sus movimientos o decisiones son deliberadas y concebidas por la razón, no meramente por el instinto. Esta diferencia entre hombre y animal constituye lo propio de la naturaleza humana, su dignidad.

1.1.2. La Dignidad en el Medioevo

La época que va desde el siglo V hasta el siglo XV después de Cristo, se le conoce como medioevo, esta etapa de la humanidad se encuentra doctrinariamente marcada por la religión cristiana preponderante en todos los ámbitos de la vida. Desde la ética hasta las ciencias estaban sujetas a la interpretación que de ellas se pudiera hacer según las sagradas escrituras. La educación, era un privilegio de los nobles, los maestros eran en su mayoría monjes de las diferentes órdenes católicas.

Así, la filosofía era considerada una rama de la teología, en este sentido las reflexiones en torno a la naturaleza humana, y, por ende, de la dignidad humana estaban fuertemente marcadas por la doctrina de la iglesia católica. Es por ello, que es en el medioevo en que

nace la actual concepción de dignidad humana, sustentada en el dogma cristiano de la creación.

Al ser el hombre (y en esto se encuentra la peculiaridad del cristianismo, cuando se refiere al hombre, no habla de uno de tal o cual raza, o de tal o cual nación, sino de todos los hombres, de la humanidad en su conjunto) imagen viva de Dios y creación máxima (con respecto de las otras creaciones, animales y plantas), este tiene un estatus especial, pues, como hijo de Dios, es digno en grado sumo.

La tradición propia del medioevo se denominó escolástica, cuyo representante máximo fue el padre de la iglesia Santo Tomas de Aquino, De Aquino escribo la Suma Teológica, en la cual abordo muchas aristas del conocimiento humano, dentro de ello el derecho y claro está la concepción de dignidad.

Para Tomas de Aquino, el hombre estaba compuesto por tres elementos: el cuerpo, el alma y el intelecto; este último identificado con la razón, a la que los escolásticos le atribuían ser característica exclusiva de la humanidad. Afirmaba, que, mediante la razón, mediante el ejercicio de la especulación, el hombre era capaz de conocer algunos vestigios de la naturaleza divina y al ser ellos mismos parte de esa naturaleza divina, conociéndola también se conocerían animismos.

La razón se convierte en guía moral del hombre, a la vez que lo identifica como ser máximo de la naturaleza, al poseer con ella la libertad para decidir su destino y la capacidad de conocer el bien y el mal. Facultades ajenas para los otros seres. Según Torralba (2005) Santo Tomas de Aquino, nos dice que Dios ha dado al hombre la razón, para que mediante esta pudiera conocer el sentido de las leyes naturales, esta capacidad de razonar y conocer las leyes de Dios impresas en la naturaleza, le otorga al ser humano dignidad entre todos los otros seres vivos. Además, en la doctrina cristiana Dios otorga a cada ser humano valor, por ser criatura suya, a imagen y semejanza.

Es en esta etapa histórica, también debido al dogma cristiano que se castiga el suicidio, puesto que la vida, al ser un regalo de Dios solo podría ser quitada por él, nace la afirmación de la “santidad de la vida”. Para el cristianismo, nadie está facultado a quitar la vida de otro voluntariamente, ni siquiera con el consentimiento de la propia persona, ya que nadie es dueño de su propia vida, perteneciéndole está a Dios.

1.1.3. La Dignidad en la modernidad

La dignidad en la modernidad es desarrollada por un personaje de especial transcendencia para el mundo intelectual, Immanuel Kant, a lo largo de todas sus obras se encargará de elaborar la teoría moderna de la dignidad humana, a la que entiende como autonomía. Para Kant la autonomía, es decir la libertad basada en la racionalidad humana, hace que el hombre sea digno, al ser un ser consciente y pensante, por ello el hombre nunca será instrumento o medio para algún fin, sino, siempre, un fin en sí mismo.

Según Gutmann (2019), para Immanuel Kant, el hombre es un ser racional que existe como un fin en sí mismo, ya que su particular desarrollo físico y espiritual es la finalidad de toda su existencia, como ser que no necesita que se le otorgue valor de forma extrínseca, es digno en tanto es valioso *per se*; un valor que es incondicionado e irreplicable, por ello el alto grado de respeto que merece.

Como bien indica, la dignidad inaugurada por Kant no tiene en cuenta criterios antropológicos, sino, que se fundamenta en una noción del hombre abstracta, en la que no es la etnia, ni ningún atributo físico, el rasgo sustentador de la dignidad, sino su propia racionalidad.

Según Gutmann (2019) tomando como fundamento el principio moral de Kant, al ser la razón el fundamento de la autonomía, todo ser racional debería de ser considerado como digno, en tanto ser dispuesto para una vida autónoma. Asimismo, Mendonça (2019) afirma que la dignidad humana es un derecho absoluto, que fundamenta la existencia misma de todos los sistemas jurídicos modernos, la dignidad tiene dos tipos de manifestación, primero materializa la autonomía de la persona y segundo dispone de los medios jurídicos para garantizar su protección. Estas dos manifestaciones se deben de hallar presentes en todo sistema jurídico respetuoso de los Derechos Humanos.

El estatus de ser racional traerá como consecuencia, no solo la autonomía del individuo, en cuanto director único de sus decisiones, sino, también la responsabilidad por sus actos, ser “persona” supone la imputabilidad de sus acciones y con ello la capacidad en acto para la autodeterminación según principios morales y jurídicos.

Con esta concepción de la dignidad también emerge el concepto de persona, como eje de derechos y deberes, la dignidad no tiene sustento sin la persona, y sin el concepto de persona, no hay a quien imputarle dignidad.

1.2. La Dignidad Humana en las resoluciones del Tribunal Constitucional Peruano

El Tribunal Constitucional Peruano, se ha pronunciado en distintas ocasiones sobre el contenido de la dignidad humana, a continuación, presentaremos las resoluciones más representativas:

La primera sentencia, resolución N. 02273. Tribunal Constitucional (2005), explica la doble naturaleza de la dignidad humana, en tanto principio y en tanto derecho fundamental:

La dignidad humana constituye tanto un principio como un derecho fundamental; en tanto principio actúa a lo largo del proceso de aplicación y ejecución de las normas por parte de los operadores constitucionales, y como derecho fundamental se constituye en un ámbito de tutela y protección autónomo, donde las posibilidades de los individuos se encuentran legitimados a exigir la intervención de los órganos jurisdiccionales para su protección ante las diversas formas de afectación de la dignidad humana (Pág. 10).

La doble dimensión de la dignidad humana permite su plena efectividad en la sociedad, pues como bien señalada el TC, se erige la dignidad humana primeramente como principio limitador de la legislación, es decir, la actividad creadora de normas jurídicas tendrá que prever siempre el contenido de la dignidad humana como derecho fundamental, no pudiendo promulgar alguna norma lesiva para la dignidad.

Segundo, dicha norma no puede aplicarse en forma que afecte a la dignidad de cada uno de los ciudadanos. Podríamos agregar que la dignidad también es un límite interpretativo, ya que, al interpretar cualquier norma del sistema jurídico, debe tenerse cuidado de no eludir el contenido de la dignidad humana en dicha interpretación.

En la resolución N.º 0030. Tribunal Constitucional (2005) nos habla del papel central de la dignidad humana dentro de la estructura de la constitución:

La Constitución es la norma jurídica suprema del Estado, tanto desde un punto de vista objetivo-estructural, como desde el subjetivo-institucional. Consecuentemente, es interpretable, pero no de cualquier modo, sino asegurando su proyección y concretización, de manera tal que los derechos fundamentales por ella reconocidos sean verdaderas manifestaciones del principio-derecho de dignidad humana (Pág. 40).

En la resolución N.º 1417. Tribunal Constitucional (2005), el TC diserta y esclarece el trascendental papel que cumple la dignidad humana en la estructura del sistema jurídico:

El contenido esencial de un derecho fundamental no puede ser determinado a priori. Dicho contenido esencial es la concreción de las esenciales manifestaciones de los principios y valores que lo informan, su determinación requiere un análisis sistemático de este conjunto de bienes constitucionales, en el que adquiere participación medular el principio-derecho de dignidad humana, al que se reconducen, en última instancia, todos los derechos fundamentales de la persona. (Pág. 21).

La dignidad humana debe de entenderse entonces como la base misma de los derechos fundamentales, en ese sentido, ni la libertad, ni la igualdad, ni la vida, pueden interpretarse aislados del contenido de la dignidad humana. Afirmar, que la dignidad es la médula del sistema jurídico, encumbra a dicho derecho fundamental por encima de los demás derechos fundamentales, haciéndolos dependientes de él.

La resolución N.º 1417. Tribunal Constitucional (2005), establece la función limitadora que cumple la dignidad humana para el Estado y la sociedad:

Si bien el reconocimiento positivo de los derechos fundamentales es presupuesto de su exigibilidad como límite al accionar del Estado y de los propios particulares, también lo es su connotación ética y axiológica, en tanto manifiestas concreciones positivas del principio-derecho de dignidad humana, preexistente al orden estatal y proyectado en él como fin supremo de la sociedad y del Estado (Pág. 2).

En esta resolución el TC, reafirma que la dignidad humana no es una creación del derecho o del Estado, sino, que es un valor preexistente al propio Estado, que es su fundamento y finalidad, descartando con ello, las tesis positivistas que concebían a la dignidad como un artificio del Estado y, por tanto, derogable por voluntad estatal.

Y, por último, en la resolución N.º 1417. Tribunal Constitucional (2005), se recalca la preeminencia de la dignidad humana como principio de interpretación:

Los criterios de interpretación que permitan establecer la distinción concreta entre aquello regulado por la ley que forma parte de la delimitación del contenido directamente protegido por un derecho fundamental y aquello que carece de

relevancia constitucional directa, deben encontrarse inspirados, en última instancia, en el principio-derecho de dignidad humana (Pág. 27).

2.La autodeterminación como manifestación de la autonomía del individuo

Etimológicamente autonomía, proviene de la conjunción de los términos griegos autós ‘propio, mismo’ y nómos ‘ley’, en consecuencia, se considerará que una persona es autónoma cuando esta sea capaz de darse leyes de comportamiento para sí misma, deduciéndose que a todo ser que tenga razón debe de atribuírsele el derecho a la libertad (Cerri, 2015). Para que una persona pueda ejercer su autonomía, debe de cumplir con los requisitos de ser un ser racional y con voluntad; como ser racional entenderemos a todo aquel, que mediante el uso del entendimiento puede comprender las consecuencias de sus actos, que es consciente de la realidad que lo circunda, y que, por ende, puede aprehenderla.

Por otra parte, la voluntad, es aquella facultad que tienen las personas para dirigirse con libre albedrío, motivados por alguna necesidad u otro fin. Se distingue al hombre de los animales y las maquinas (inteligencia artificial), por su capacidad de pensar y dominar sus actos; por esto mismo, podemos afirmar que el hombre no actúa por simple impulso, sino, que delibera sus actos, es un ser de fines y para ello hace uso de su voluntad.

Por contener todos estos atributos, se debe de considerar a la libertad como inherente a la naturaleza humana, toda forma de coacción será contraria a su naturaleza. Puesto que el hombre por sus capacidades biológicas y psíquicas esta predestinado a elegir su destino, debemos de entender entonces a la autonomía, como el reflejo de lo que nos hace humanos, y presupuesto para el desarrollo integral de toda persona. Para Del Moral (2012) por integral, debe entenderse, aquel desarrollo que permite a la persona desenvolverse en la sociedad y en lo privado, y expandir su ser hasta llegar a ser lo que es. Una sociedad liberal democrática, que incide en el rol protagónico del individuo, tiene por objetivo fundamental la defensa del desarrollo integral de la persona, este desarrollo también será conocido como “vida digna”. Puesto que, con ella, se le otorga a la persona lo correspondiente por su naturaleza humana, esto es, la libertad.

La autonomía aplicada a las acciones humanas puede distinguirse y entenderse de dos formas, como capacidad para realizar una acción autónoma y las acciones autónomas propiamente dichas. La primera de ellas supone la situación en la que se encuentra el

individuo de actuar sin obstáculos para su autonomía. La segunda, las acciones propiamente autónomas, suponen que el acto realizado ha nacido, efectivamente de un proceso deliberado y decidido por el individuo, ejemplo: la persona que decide donar sus bienes por voluntad propia. La antípoda de estas características es, aquella persona incapacitada de ejercer su autonomía, ejemplo: el antiguo proceso de interdicción, que incapacitaba a ancianos y enfermos mentales. Sobre el segundo, está el caso de las sectas, es conocido que sus integrantes pasan por un proceso de “lavado de cerebro”, el cual los condiciona a pensar de cierta forma, por lo que, a pesar de creer que están realizando sus actividades de manera autónoma, no lo hacen.

2.1 Tipos de ausencia de la autonomía

2.1.1. Pérdida circunstancial de la autonomía

Esta categoría hace referencia a aquellas personas que por distintos motivos: pena privativa de libertad, estudios con internación, servicio militar, religioso y otros, se encuentran temporalmente privados de su autonomía, siendo la causa de la pérdida no la incapacidad física o mental del sujeto, sino una circunstancia externa que le impone dicha pérdida de autonomía.

Dadas estas circunstancias, no se puede afirmar que el sujeto haya perdido su autonomía totalmente, pues, una vez cesadas estas contingencias, este podrá ejercer sus facultades de la misma manera que antes de producida la limitación.

2.1.2. Pérdida parcial de la autonomía

La pérdida parcial de la autonomía se refiere a un déficit en las capacidades físicas o mentales del sujeto, como lo expresa el autor Cedeño (2016), la persona pierde su autonomía de forma parcial cuando se encuentra impedida de efectuar sus actividades físicas sin recibir la ayuda de otro. Esto acontece cuando el individuo sufre alguna minusvalía física o psicológica. La minusvalía propicia la disminución de la autonomía y de libertad del individuo, pues, aunque es posible manifestar la voluntad propia en las decisiones, la persona se encuentra imposibilitada de ejercer dicha voluntad de forma autónoma, sino ayudado por otra persona o por un instrumento que le permita la movilidad.

Con respecto a las dolencias psíquicas expresa lo siguiente: los pacientes psiquiátricos, por ejemplo, por su conciencia trastornada, es decir, incoherente con la realidad circundante, son incapaces de expresar con plenitud su personalidad (Cedeño,2016).

2.1.3. Pérdida total de la autonomía

La pérdida total de la autonomía la sufren aquellos pacientes que, por motivos físicos o psíquicos, han perdidos sus facultades intelectuales o motrices de forma irreversible y sin pronóstico de recuperación, ejemplo: pacientes en estado vegetativo, tetraplégicos, pacientes en etapa final de alzhéimer o que padezcan otra enfermedad mental que les haya desconectado de la realidad de forma perpetua.

Esta situación produce dos fenómenos, en los cuales, la autonomía del sujeto afectado la detenta otra persona, con el objetivo de tomar las decisiones por él. Estos dos fenómenos son: la autonomía desplazada y la autonomía duplicada.

2.1.4. Autonomía desplazada y duplicada

La autonomía desplazada se produce cuando, el sujeto ha perdido sus facultades y, por ende, inmediatamente otro debe de suplirlas para darle auxilio, como es el caso de los médicos, cuando el paciente llega de gravedad, momentáneamente la autonomía del mismo se desplaza al médico, el que sin su consentimiento le proporciona los primeros auxilios, llegando en algunos casos a practicar tratamientos invasivos sin su consentimiento.

La autonomía duplicada es consecuencia de dicho desplazamiento, pues en algún momento el desplazamiento adquiere concreción legal, generalmente cuando aparecen los parientes o conyugue del sujeto. En ese momento, este tercero se convierte en tutor, y tomará las decisiones por el otro, estando la autonomía duplicada, puesto que, emerge ficticiamente de dos personas.

2.2. La autodeterminación en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional

Peruano

El tribunal constitucional en distintas sentencias ha desarrollado el concepto de autodeterminación, por ejemplo, en la resolución 2868. Tribunal Constitucional (2004), afirma:

considera que el derecho al libre desarrollo de la personalidad, encuentra reconocimiento en el artículo 2°, inciso 1, de la Constitución, que refiere que toda persona tiene derecho «a su libre desarrollo», pues si bien en este precepto no se hace mención expresa al concreto ámbito que libremente el ser humano tiene derecho a desarrollar, es justamente esa apertura la que permite razonablemente sostener que se encuentra referido a la personalidad del individuo, es decir, a la capacidad de desenvolverla con plena libertad para la construcción de un propio sentido de la vida material en ejercicio de su autonomía moral, mientras no afecte los derechos fundamentales de otros seres humanos (Pág. 14).

En esta resolución, el TC peruano esclarece el contenido y finalidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad, el cual se encuentra relacionado con la autodeterminación, en tanto desarrollo de la propia vida, desarrollo de la personalidad de forma autónoma, sin injerencias ilegítimas de terceros. Una segunda resolución recaída en la resolución 03413. Tribunal Constitucional (2019), establece que:

Este Tribunal considera importante recordar que, tal como lo ha establecido en su jurisprudencia, el fundamento material del constitucionalismo moderno, presidido por los derechos fundamentales de la persona, y que, desde luego, es el mismo que sirve de base dogmática a la Constitución de 1993 “está cifrado, ante todo, en la libertad del ser humano, sobre la cual tiene derecho a construir un proyecto de vida en ejercicio de su autonomía moral, cuyo reconocimiento, respeto y promoción debe ser el principio articulador de las competencias y atribuciones de los poderes del Estado” (Pág.22).

En esta resolución el TC peruano, esclarece el puesto preponderante que ocupa la libertad y con ella la autodeterminación en nuestro vigente ordenamiento jurídico, como fundamento material del constitucionalismo moderno; por ello no se puede limitar la libertad sin perjuicio de desnaturalizar nuestro sistema jurídico. Una tercera resolución recaída en la resolución 01146. Tribunal Constitucional (2021), establece la relación entre dignidad humana y autodeterminación:

El Tribunal Constitucional tiene establecido que dado que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado (artículo 1 de la Constitución), y que, en consecuencia, no cabe tratar a un ser humano como simple medio, sino, por el contrario, como fin en sí mismo, puede

afirmarse que el fundamento material del constitucionalismo moderno “está cifrado, ante todo, en la libertad del ser humano, sobre la cual tiene derecho a construir un proyecto de vida en ejercicio de su autonomía moral, cuyo reconocimiento, respeto y promoción debe ser el principio (Pág.36).

Por tanto, el concepto de persona es inescindible de la libertad, la libertad es una cualidad incita en el contenido mismo de persona, eludir esta relación nos alejaría de la concepción constitucional de persona y ser humano. En una cuarta resolución recaída en la resolución 01462. Tribunal Constitucional 2015, el TC asevera la incompatibilidad de los preceptos religiosos en tanto limitadores de la autodeterminación, con el sistema democrático:

De ahí que las decisiones mayoritarias que, a fin de cuentas, terminen socavando la autonomía moral individual apelando a su propia moral religiosa no pueden ser calificadas como democráticas. La laicidad parte de la premisa de que, en cuanto a lo religioso, no existe una verdad metafísica absoluta y, por ende, todas las posiciones particulares sobre la religión merecen el mismo respeto del Estado constitucional, que está obligado a garantizar la efectividad plena de todos los derechos fundamentales de la población (Pág.15).

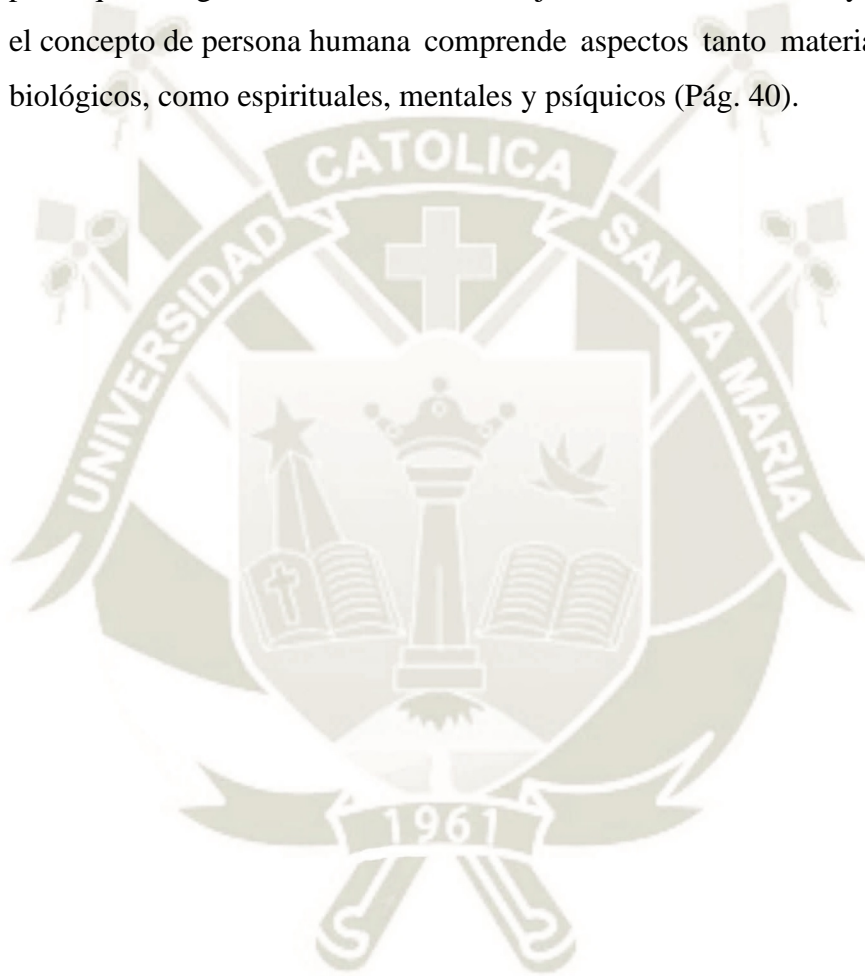
3.El concepto de persona

El concepto de persona, tal y como lo conocemos hoy nace en el periodo escolástico, es la teología la que impulsa una concepción del hombre en tanto ser individual, valioso por el hecho de ser creación máxima de Dios, según Culleton (2010), el concepto de persona en esta etapa histórica aparece como la individualidad de un ser racional, la persona es concebida como la sustancia racional que pervive en el sujeto, que no está sujeta a accidentes, ni cambios. Por tanto, el fundamento sobre el que se sustenta la categoría de persona, no es su aspecto externo y específico, sino su móvil interno e inmanente. En la modernidad, dicho concepto de persona a variado pues se entiende, que no es ninguna sustancia metafísica la que fundamenta el concepto de persona, sino, el fundamento real es su razón.

En la modernidad la figura que moldea el concepto de persona es Immanuel Kant, su concepción de persona, influirá en la construcción de los derechos humanos basados en la “dignidad humana”. Kant es un referente para la teoría del derecho constitucional moderno. Asimismo, el Tribunal Constitucional Peruano, en la resolución 02480.

Tribunal Constitucional (2008), determina los elementos del concepto de persona para el sistema jurídico peruano:

Es decir, garantiza el derecho de las personas a alcanzar y preservar un estado de plenitud física, psíquica y social, razón por la cual el Estado debe efectuar acciones de prevención, conservación y restablecimiento, con la finalidad de que todas las personas disfruten del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para que tengan, cada día, una mejor calidad de vida y ello porque el concepto de persona humana comprende aspectos tanto materiales, físicos y biológicos, como espirituales, mentales y psíquicos (Pág. 40).



CAPÍTULO IV: BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Los trastornos mentales y su origen son una constante preocupación para profesionales de la salud inmiscuidos en el área de la salud mental; al no ser nuestra investigación una investigación en el ámbito de salud mental médica, nos limitaremos a dar un breve repaso a los conceptos básicos que coadyubaran al desarrollo de nuestra investigación, entre ellos el concepto de trastorno mental grave y su incidencia en la expresión y libre determinación de la voluntad de las personas que lo padecen.

1. Definición de trastorno mental grave

Según Espinoza-López (2017), los trastornos mentales graves son definidos tomando como base a criterios de tiempo y discapacidad, es decir mientras más longeva sea la duración de la sintomatología se puede calificar al trastorno en una escala superior de gravedad, igualmente, si el trastorno causa discapacidad para desarrollar el curso normal de la vida, mientras más afecte ese desenvolvimiento se le puede considerar más grave. Los ámbitos afectados pueden ser el funcionamiento familiar, social o laboral. Los diagnósticos principales se pueden asociar a los siguientes grupos: los trastornos de personalidad, los trastornos afectivos mayores, y los trastornos psicóticos.

Para la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (2018), los trastornos mentales graves, pueden definirse por su incidencia en la psiquis del paciente, lo cual se puede manifestar de dos formas; primero, mediante un daño físico degenerativo en el cerebro, y en el caso de las enfermedades psico-somáticas que no presentan daño físico, por la distorsión de la conducta del paciente, por su actitud periférica a la normalidad.

Asimismo, para los Profesionales del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (2019), los trastornos mentales graves, son aquellas dolencias mentales que causan discapacidades trascendentales en las funciones sociales de las personas, siendo estas perceptibles en el descenso de la calidad de vida del paciente, y probablemente, en el de las personas que lo circundan, especialmente familiares y parejas amorosas.

Para la Organización Mundial de la Salud (2002), un trastorno mental se define como “una alteración clínica significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento del individuo”. (Pág.1), que, generalmente está relacionado a la angustia o discapacidad funcional. En el DSM V (2014), principal guía para la terapia psicológica se define a los trastornos psiquiátricos, de la siguiente forma: un TMG es un síndrome que se caracteriza por causar en el paciente alteraciones graves del estado cognitivo, emocional y en el comportamiento de la persona que produce disrupción del normal funcionamiento de los procesos de la psique.

Frecuentemente, los TMG tienen como efectos concomitantes un grado estrés significativo seguido de discapacidad, en el ámbito laboral, social, familiar, afectivo y en otras actividades importantes. El estrés producido por hechos fortuitos de propios de la existencia humana como un rompimiento amoroso o la pérdida de un ser querido, no puede subsumirse dentro de la sintomatología de los TMG. Los comportamientos clasificados socialmente como “anormales”, ya sea por filiaciones a grupos periféricos o por un comportamiento extravagante tampoco constituyen un indicio de padecimiento de un TMG, salvo que sean causados por un trastorno interno en los ámbitos mencionados en el párrafo anterior.

Por último, la Asociación por la Salud Integral del Enfermo Mental (2012), consideran como trastorno mental grave a aquellos clasificados dentro de los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos de la personalidad, los cuales deben de presentar las siguientes características: primero, la extensión, se habla de trastornos de duración permanente en el tiempo, es decir sin diagnóstico de posible recuperación o crónicos (de duración de más de dos años), por último, para ser considerado grave tiene que tener incidencia en todos los ámbitos de la vida del paciente, causándole graves déficits.

Podemos concluir entonces, que el trastorno psiquiátrico grave debe su categorización como tal a dos características, las mismas que deben de presentarse juntas para calificar al trastorno de grave: durabilidad y afectación. Son este tipo de enfermedades las que conciernen a nuestra investigación.

2. Consecuencias de padecer un trastorno psiquiátrico grave

Según Mendonça (2019), uno de los principales efectos de los trastornos psiquiátricos graves es la pérdida de la facultad para decidir o una reducción cuantiosa de la misma,

esto debido a que, la capacidad de autodeterminación se ve seriamente afectada dependiendo de la enfermedad que se padece y del nivel en el que se encuentra la dolencia, así como del daño producido a la psique del paciente.

Para Felício y Pessini (2009), el trastorno psiquiátrico grave incide gravemente en la facultad del paciente para comprender los sucesos que lo afectan, los actos que realiza o que podría realizar e incluso la capacidad de análisis necesaria para entender las consecuencias de sus actos. En consecuencia, lo que se conoce como voluntad o facultad de autodeterminación se encuentra gravemente comprometida en el caso de pacientes con estos padecimientos.

2.1. Efectos en la percepción

Los trastornos psiquiátricos graves, tienen entre sus principales síntomas la aparición de delirio y alucinaciones, esto es la alteración de la realidad que circunda al paciente. Estas alteraciones pueden ser temporales o crónicas, y en el caso de la alucinación puede afectar uno o más sentidos, por tanto, puede ser una alucinación unimodal o plural, en la primera la alucinación afectará a un solo sentido, siendo el más recurrente el de la vista produciendo visiones sin sustento real, en el segundo caso puede afectar a dos o más sentidos (Torales et al, 2020).

2.1.1. Delirio

El delirio es definido como una alteración cognoscitiva de la conciencia, en ella se manifiesta una idea recurrente en el paciente, que conforma parte esencial de su cosmovisión, no obstante, dicha idea a pesar de ser esencial es errada, es decir no se corresponde con la realidad objetiva que compartimos (Olivos, 2009). Dicha alteración torna al individuo en un ser extraño que no puede relacionarse con su entorno cultural, al no compartir una base homogénea de comunicación. Ejemplos claros de esta alteración, las hallamos en el mundo del cine, el típico ejemplo del paciente que cree ser Napoleón Bonaparte, Cristóbal Colon o Cristo.

Para Mendoza (2007), la característica en la sintomatología del delirio es que esta idea no solo es recurrente y errada, sino que es inamovible, es un dogma dentro de la conciencia del paciente, por tanto, no se podrá convencer al que la padece de lo contrario, a pesar de mostrarle mediante la argumentación y evidencia que dicha idea que mantiene es falsa. Cuando concurren los hechos antes descritos podemos afirmar que nos encontramos ante un diagnóstico de delirio que suele ser un elemento de los trastornos psiquiátricos graves.

2.1.2. Alucinación

La alucinación es una alteración cognoscitiva de la percepción, en la cual el paciente trastorna la realidad que lo circunda, es decir percibe físicamente cosas que en realidad no están aconteciendo, los tipos de alucinaciones más comunes suelen ser la visual, en las que el paciente observa personas, objetos o sucesos sin sustento físico-objetivo (Rojas, 2010); y las auditivas, manifestadas en el recurrente síntoma de la esquizofrenia de oír voces. Sin embargo, la alucinación puede extenderse a otros sentidos, al tacto en el caso de alucinaciones sensoriales, por ejemplo, sentir que se tiene dos cabezas, del gusto, percibir sabores que no corresponden con lo ingerido, o del olfato (Langer y Cangas, 2007).

La alucinación constituye uno de los síntomas compartidos por muchos trastornos psiquiátricos, siendo importante su presencia para el diagnóstico de un trastorno grave, ya que al producirse suele alienar intensamente al paciente, alterando su realidad a tal punto de que le es imposible comprender su entorno y por tanto mantener su vida social con normalidad (Serra, 2013).

2.2. Efectos emocionales y sociales

2.2.1. Afecciones emocionales

Los trastornos psiquiátricos graves afectan gravemente al mundo emotivo del paciente, produciendo inestabilidad y alteración de los estados normales en las emociones, son comunes los episodios de depresión prolongada acompañados de breves episodios de euforia; esta inestabilidad desgasta mentalmente al paciente, además, de distorsionar su percepción del mundo (Valencia, 2007).

La depresión es el síntoma más común, se caracteriza por periodos prolongados de tristeza, los cuales se van afectando orgánicamente al paciente: decaimiento, insomnio, pérdida de apetito y disminución de la actividad cerebral (Morales, 2017). La persistencia de dicho síntoma puede conducir al paciente a un periodo de pérdida por el interés de la vida (en este la persona percibe al mundo en tonos grises, como si hubiesen drenado la felicidad y el sentido de la vida), lo cual puede desembocar en intentos suicidas (Bogaert, 2012).

La ausencia de ganas de vivir es el síntoma final de los periodos crónicos de depresión y tiene su base en el déficit orgánico, que produce la carencia de producción de las hormonas que produce la sensación de felicidad y bienestar.

2.2.2. Afecciones sociales

Todas las afecciones antes descritas inciden en la vida cotidiana del paciente, como principales síntomas suele producirse: la disminución en la calidad académica y laboral, el aislamiento producto de la pérdida de capacidades sociales, ruptura con el ambiente familiar por los comportamientos anómalos y déficit sexuales ligados a periodos de impotencia eréctil y precocidad. Todas estas afecciones conducen a intensificar los efectos emocionales y de percepción de la enfermedad (Mascayano et al, 2015).

2.3. Efectos de los trastornos psiquiátricos en la toma de decisiones

Los trastornos psiquiátricos graves, al afectar gravemente la percepción de la realidad y con ello la posibilidad de conocerla y analizarla de forma correcta, afectan también la capacidad de deliberar objetivamente. Para poder tomar una decisión es necesario conocer o pronosticar en base a las condiciones objetivas de la realidad, las posibles consecuencias de dicha decisión, las consecuencias de nuestros actos (Sarmiento et al, 2012). En el caso, de los pacientes con trastornos psiquiátricos graves, la posibilidad de prever las condiciones de los actos se ve dificultada por la alteración de la realidad que ha sufrido la consciencia del paciente.

2.4. Trastornos psiquiátricos graves

2.4.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia es el trastorno por antonomasia, siendo el más relevante, grave y complejo dentro de los trastornos mentales, su definición es ambigua, no obstante, el DSM V (2013), manual oficial de trabajo clínico mental elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la define de la siguiente forma:

Trastorno en el que se presentan dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). (Pag.54)

De los síntomas antes descritos y su prolongación podemos deducir fácilmente la intensidad con la que afecta la capacidad de discernir y, por tanto, emitir una decisión consciente y deliberada.

2.4.2. Psicosis

La Organización Mundial de la Salud, en el documento denominado Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su versión X, define a la psicosis en los siguientes términos: “El término psicosis hace referencia a un trastorno mental importante caracterizado por la presencia de alucinaciones, delirios o un número limitado de trastornos graves del comportamiento, tales como hiperactividad y excitación, inhibición psicomotriz marcada y comportamiento catatónico.”





METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

La técnica que utilizamos fue la observación documental y el instrumento fue un archivo virtual en donde se guardaron todos los documentos usados.

1.1. Ubicación Espacial

La investigación **“EUTANASIA Y SU POSIBLE APLICACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA CAPACIDAD PARA BRINDAR CONSENTIMIENTO”**. Comprendió el ámbito de la nación peruana.

1.2. Ubicación Temporal

La recolección de datos propiamente dicha se realizó desde el mes de enero del 2022.

1.3 Unidades De Estudio

Las unidades de estudio al ser una tesis documental con enfoque cualitativo, en el que se aplicó el método hermenéutico, están constituidas por: artículos académicos y fueron las siguientes:

- Constitución del Perú. Normativa interna
- Pacto de San José. Tratado Internacional.
- Sentencia Ana Estrada Corte Superior. Jurisprudencia nacional.
- Sentencia Ana Estrada Corte Suprema. Jurisprudencia nacional.
- El ejercicio de los derechos fundamentales por el menor de edad. Artículo académico.
- El suicidio asistido por un médico traiciona la dignidad humana y viola la igualdad ante la ley. Artículo académico.
- La regulación de la eutanasia y su relación con el derecho a la dignidad de la persona humana, en la ciudad de Lima, 2021. Tesis.

- Cuidados que conservan la dignidad: un nuevo modelo de cuidados paliativos: ayudar al paciente a sentirse valorado. Artículo académico.
- Derecho a la vida, derecho fundamental. Artículo académico.
- La eutanasia: una mirada desde el derecho. Artículo académico.
- El concepto jurídico de persona y la filosofía del “impersonal”. Artículo académico.
- Eutanasia: una reflexión desde la mirada Bioética. Artículo académico.
- Bioética teológica. Artículo académico.
- El nihilismo eutanásico desde una perspectiva filosófico-jurídica. Artículo académico.
- Aspectos sociales de la eutanasia. Artículo académico.
- Eugenesia y eutanasia: la vida indigna de ser vivida. Artículo académico.
- La eutanasia: la importancia de los profesionales de la salud mental en el proceso. Artículo académico.
- Suicidio con la aprobación de la sociedad': activista belga advierte sobre una pendiente resbaladiza a medida que la eutanasia se vuelve normal. Artículo académico.

2. MODO

Almacenamiento en el ordenador personal del tesista, en la carpeta “EUTANASIA Y SU POSIBLE APLICACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA CAPACIDAD PARA BRINDAR CONSENTIMIENTO”, la misma que fue de uso privado del investigador.

3. MEDIOS:

3.1. RECURSOS HUMANOS: El tesista

4. RECURSOS MATERIALES

| | |
|--|------------|
| Libros | 1000 soles |
| Fotocopia de libro, artículo u ensayo académico | 400 soles |

5. CRITERIO PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Una vez culminada la etapa de empapamiento y recolección de datos, se procedió a compilarlos, fichar lo más importante, para después sintetizar la información. El método usado para el análisis fue el hermenéutico.

6. CRONOGRAMA DE TRABAJO – 2021.

| | | |
|------------------|---|---|
| DICIEMBRE | Presentación del proyecto de tesis. | Búsqueda de nociones básicas. |
| ENERO | Desarrollo de los conceptos | Lectura, fichaje, resumen y análisis de documentos y elaboración de resumen |
| FEBRERO | Análisis de los conceptos | Recaudación de hallazgos |
| MARZO | Redacción de la tesis | Marco teórico y resultados |
| ABRIL | Revisión de primer borrador | Correcciones de redacción y estilo |
| MAYO | Presentación de la investigación finalizada, expedita para ser sustentada | Presentación a la facultad de derecho de la UCSM |



RESULTADOS

LA EUTANASIA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

La eutanasia para pacientes psiquiátricos es un tema aún más controversial que la eutanasia aplicada a otro tipo de dolencias, ya que, los pacientes psiquiátricos son considerados como población vulnerable, al hallarse en un estado que muchas veces les impide existir de forma autónoma, dependiendo de sus familiares o del personal sanitario de los hospitales. Esta dependencia que produce la enfermedad mental se convierte en un óbice para respaldar la validez de su solicitud de eutanasia, pues recordemos que el consentimiento informado es uno de los requisitos de validez, sin el cual es imposible aplicar legalmente la eutanasia es lo países que la tiene regulada. Pues, de ser el caso, que se aplique la eutanasia sin el consentimiento del paciente nos encontraríamos ante un caso de homicidio.

Es así como la capacidad jurídica del paciente con trastorno mental grave se presenta como el principal problema a resolver en lo concerniente a la aplicación de la eutanasia, para resolver dicha cuestión, nos remitiremos a los pronunciamientos tanto internacionales como nacionales respecto a la capacidad jurídica y sus límites en personas que padecen discapacidades mentales. Revisaremos también los resultados producidos por su legalización en algunos países europeos que ya la practican.

1.La capacidad jurídica de las personas con trastornos mentales

Es una consecuencia de los trastornos psiquiátricos graves, el que el paciente pierda conexión con la realidad, el hecho de que sufra alucinaciones o delirios distorsiona su percepción de los hechos y por tanto condiciona la interpretación que pueda hacer de los mismos. Podemos concluir entonces que las personas con trastornos psiquiátricos graves procesan anómalamente los hechos del exterior. Esto va a influir a la hora de que ellos puedan o no emitir el consentimiento de un acto, a la hora de tomar una decisión o a la hora misma de inhibirse a realizar ciertos actos, por ello mismo nuestro Código Penal en su artículo 20 prescribe la anomalía mental como causal de inimputabilidad y es causal de nulidad de acto jurídico la falta de manifestación de voluntad según el artículo 219 del Código Civil.

Este condicionamiento producido por el padecimiento del trastorno psiquiátrico va a lesionar gravemente la esfera volitiva del sujeto y la capacidad de entender correctamente su entorno. Es por ello, que puede afirmarse que en tanto la enfermedad haya dañado su

psique mermando las capacidades antes descritas, es imposible que la persona que padezca un trastorno psiquiátrico grave pueda consentir un acto jurídico.

No obstante, afirmar que las personas que padezcan trastornos mentales graves no tienen capacidad de consentir, sería privarlas de muchos derechos, como el de firmar contratos o casarse, llevado al extremo este razonamiento podría negar toda capacidad de decisión autónoma al paciente, lo cual conllevaría su instrumentalización y estigmatización como ciudadano de segundo rango.

Conscientes de estas falencias, que entran en abierta contradicción con derechos fundamentales reconocidos por la constitución como la dignidad humana o la igualdad ante la ley y para cautelar los derechos de las personas con discapacidad mental, dentro de los cuales se encuentran las personas que padecen trastornos mentales, nace la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, la cual fue ratificada por el Perú en el año 2008. A consecuencia de ello, el Perú promulgó el Decreto Supremo 073. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2007) el mencionado decreto supuso un viraje en el paradigma civil en lo concerniente a capacidad, ya que dejó sin efecto la figura de “incapacidad total”, puesto que como estipula en su artículo 3: “La capacidad de ejercicio solo puede ser restringida por ley. Las personas con discapacidad tienen capacidad de ejercicio en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida.” (Pág. 2).

En concreto, por lo que a la capacidad jurídica se refiere, de acuerdo con el mandato de la Convención, los Estados deberán reconocer “que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida” (Pág.1), por consiguiente, y a la luz de la norma transcrita, la presencia de la discapacidad en una persona nunca debe sustentar un proceso judicial de modificación de su capacidad jurídica, pues ello conformaría un supuesto de discriminación por discapacidad.

El proceso judicial, en todo caso, podrá servir para la determinación de cuáles serán las medidas de apoyo más adecuadas para cada sujeto, sin que las mismas puedan suponer la sustitución o suplantación de la capacidad, pues se trata de un valor inherente de la persona, el libre ejercicio de su autonomía, la libre manifestación de su voluntad, como desarrollo básico de su personalidad. Solo la persona con discapacidad, como el resto de los individuos, es la titular de su capacidad jurídica y de la legitimidad para ejercerla.

Otorgar a todos capacidad jurídica en igualdad de condiciones supuso, la erradicación de la figura de interdicción y también del estigma que se erigía en contra de las personas con discapacidad mental. Además de ello, la aseveración de que las personas con trastornos psiquiátricos puedan emitir consentimiento se encuentra amparada en la Ley 30947.ley de salud mental (2019), que en su artículo 3, numeral 12 prescribe que es necesario el consentimiento informado del paciente para cualquier intervención que vaya a realizarse con respecto a su persona.

Además, de las normas ya mencionadas encontramos, encontramos que el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2008), indica lo siguiente:

El desequilibrio mental y otras denominaciones discriminatorias de la discapacidad psicosocial no son razones legítimas para denegar la capacidad jurídica (ni la capacidad legal ni la legitimación para actuar). En virtud del artículo 12 de la Convención, los déficits en la capacidad mental ya sean supuestos o reales, no deben utilizarse como justificación para negar la capacidad jurídica. (Pág.9).

El comité es claro al expresar la imposibilidad de excluir totalmente a las personas con discapacidad mental del uso de la capacidad jurídica. Puesto, que, en palabras del Comité, un acto tal constituiría un acto discriminatorio. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH 2012), en el informe emitido para el Estado de Jamaica referente a las personas con discapacidad mental prescribe que es obligación de los Estados: “adoptar leyes, políticas y prácticas específicas para asegurar que todas las personas que viven con alguna discapacidad gocen de sus derechos libres de toda forma de discriminación.”. (Pág. 4).

Podemos deducir entonces, siguiendo la normativa tanto nacional como internacional referente a las personas con discapacidad mental, categoría dentro de la que se encuentran inmersas las personas que padecen trastornos psiquiátricos graves, que ninguna de ellas se encuentra privada de capacidad jurídica, que el ejercicio y goce de sus derechos es pleno, en tanto que considerados como iguales ante la ley.

1.1. Capacidad de goce y capacidad de ejercicio

La capacidad de goce y de ejercicio tienen distintas acepciones en la doctrina y en la jurisprudencia nacional, tradicionalmente se entiende a la capacidad de goce como

aquella cualidad inherente del hombre, de la persona humana de ser sujeto de derechos. Es una característica especial del ser cultural, que lo hace susceptible de imputársele derechos y deberes. La capacidad de ejercicio deviene del cumplimiento de un estándar de condiciones que debe de cumplir el sujeto, para que el Estado le reconozca la aptitud de poder ejercer los derechos de los que goza.

Otras definiciones que encontramos de capacidad de goce las encontramos en la doctrina. Según Hernández-Marín (2003), es aquella capacidad absoluta, entendida frecuentemente como "capacidad jurídica", la cual se puede conceptualizar como aquella aptitud o disponibilidad para constituirse como persona sujeta a las normas jurídicas (igualmente dicha capacidad posibilita ser parte de relaciones jurídicas). En resumidas cuentas, la capacidad jurídica es facultad de ser un sujeto de derecho.

Benavides-López (2015), afirma que la capacidad de goce es esencial a la conceptualización de persona. Por ello concluye que, el fondo esencial de lo que en derecho conocemos como personalidad jurídica se remite a la posibilidad de ser un sujeto al que se le pueden imputar derechos y obligaciones. De esta forma es imposible que se conciba la existencia de una persona en carencia de dicha capacidad o que, poseyéndola, no pueda hacer uso de la misma. Afirmaríamos por tanto que referirnos a incapacidad absoluta es absurdo. La capacidad de goce, la categoría de sujeto de derecho es el atributo más importante de la personalidad, deducimos por ello que todo ser que pertenezca al género humano la posee, por ello que esta se encuentre vinculada a la personalidad, al grado de producir una ambigua confusión entre el límite entre ambos conceptos.

Para Benavides-López (2015), la clasificación de capacidad goce y de capacidad de ejercicio es parte de la dogmática jurídica moderna, la misma que fue desarrollada, en buena parte por los juristas alemanes entre 1850 y 1876, el fundamento de esta evolución doctrinaria es el derecho romano y su tradición. En esta clasificación, la capacidad jurídica tendrá dos aspectos: uno estático, que manifiesta ser titular de derechos y obligaciones (derecho de goce), y el segundo dinámico que evidenciará el ejercicio de estos (capacidad de ejercicio). Es justamente en su aspecto final, el dinámico, donde encontramos óbices para el efectivo ejercicio de los derechos en personas con discapacidad. Por ello en la tradición se considera a algunas discapacidades como causal para incapacitación. Dadas estas condiciones, la reacción jurídica con frecuencia en los distintos sistemas jurídicos ha sido restringir la capacidad de jurídica de estas personas de forma absoluta.

Según Ramiro (2012), ya en las primeras propuestas, se tenía pensando que la Convención se basaría en los fundamentos del paradigma social de discapacidad, tanto para delimitar al fenómeno, como para reseñar sus cuestiones y proponer soluciones y deberes a los que se supeditaría a los Estados participantes. El paradigma social aborda a la discapacidad sin prescindir de la repercusión que causan los influjos culturales en la lesión de ciertos derechos fundamentales de las personas que padecen discapacidades. Desde este punto de vista, la discapacidad es una abstracción que emerge de la convergencia entre los sujetos con discapacidades físicas, psicológicas e intelectuales y los obstáculos, a consecuencia del comportamiento y su entorno, donde eluden su inserción cabal y concreta en la sociedad que habitan, en un ambiente de igualdad de posibilidades con los otros. No debemos entender a la discapacidad como una cuestión que concierne solo al individuo, al sujeto, sino como un hecho complejo, integral, conformado por una larga variedad de matices sociales. No son las taras individuales los orígenes del problema, sino las deficiencias de la sociedad a la hora de proveer los servicios adecuados para poder asegurar el cumplimiento de las necesidades de los sujetos con discapacidad.

La propuesta que extiende el paradigma social a la discapacidad encuentra sus fundamentos en los derechos humanos. Su respuesta es más acertada y por ello, debería de ser más efectiva que la recomendada por los modelos anteriores (el modelo paternalista/rehabilitador y el modelo de abstención). Primeramente, a las personas que padecen alguna discapacidad física, psicológica o intelectual han de reconocérseles y, por tanto, dejar garantizados el cumplimiento, respeto y resguardo de todos sus derechos y libertades en las mismas condiciones que al resto de personas.

Además, ha de prescribirse la obligación de cumplimiento de esos derechos para todos los actores importantes en los sectores de la Administración, puesto que la discapacidad es un asunto importante que incide o depende de la actividad de una variedad de organismos públicos. El paradigma social brinda una solución fundada en los derechos humanos, lo que amerita compeler a entender que todos los ciudadanos tienen la condición inherente de “sujetos de derechos” y jamás de simples “objetos/instrumentos de políticas públicas”.

Ciertos grupos de personas, haciendo hincapié en aquellas que se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad, suelen ser observados como instrumentos, sin tener en cuenta su condición inalienable de sujetos de derechos y las medidas de cautela debidas en respeto a la Constitución y Tratados Internacionales que los protegen. La reacción

sustentada en los derechos humanos significa alejarse de la tendencia de concebir a algunos grupos humanos como problemas y prescindiendo de sus derechos. Concebir a ciertos grupos humanos como sujetos y no meramente como instrumentos, produce un ambiente propicio, en el que se garantiza el ingreso total para gozar de las gracias que devienen de las libertades básicas disfrutadas por la mayoría de las personas, esto se produce estimulando la creación de mecanismos que perfeccionen y adecuen estas libertades a la discapacidad que se padece. Por ello no concierne crear derechos especiales para las personas con discapacidad, sino, por el contrario, hacerlos partícipes de los derechos que con normalidad gozan los demás, para ello, el acceso, las salvaguardias necesarias y ajustes razonados de los mecanismos legales son instrumentos esenciales en el paradigma social de la discapacidad y en su propuesta en base a los derechos humanos. (Ramiro, 2012).

Según Ramiro (2012), en nuestro actual sistema de derecho, tanto la personería como la capacidad jurídica son parte de la condición de persona humana, no se admiten ni graduaciones ni restricciones y estos derechos no pierden vigencia o pueden ser degradados por hechos circunstanciales a la psicología o anatomía del individuo. No obstante, la capacidad para ejercer dichas atribuciones si puede ser limitada, justificadamente por ciertas condiciones personales o naturales, que desde una evaluación objetiva se prevé que puedan afectar la capacidad de autodeterminarse con libertad, de forma responsable y deliberada. Así, en distintos sistemas jurídicos la capacidad de ejercicio se ve limitada, de forma contingente y cambia dadas las características propias de los individuos. En conclusión, es pleno el reconocimiento a la personalidad jurídica y capacidad jurídica para todos los individuos que padezcan alguna discapacidad, siendo ilegal las restricciones o enajenación del total ejercicio de dichos derechos, amparados en la discapacidad padecida como causal para la limitación.

En la tradición jurídica se comprende que, al hablar de incapacidad, se hace referencia a lo que se denominaba en el modelo anterior como “incapacitación total”, cuya consecuencia es la supeditación total del incapaz a un ente tutelar, lo cual va a implicar, una limitación de carácter fundamental, esto es, una restricción general de la aptitud que se supone que toda persona posee para ejercer libremente sus derechos fundamentales. Como resultado de tal interpretación, se niega a una persona incapacitada la oportunidad de actuar dentro de los límites de sus derechos fundamentales.

En conclusión, bajo el nuevo paradigma jurídico las personas con discapacidades, y dentro de ellas las que padecen trastornos mentales graves, poseen plena capacidad jurídica, no obstante, como veremos en el siguiente apartado, dicha capacidad se verá limitada en ocasiones de especial trascendencia. (Ramiro, 2012).

2. La autodeterminación en pacientes psiquiátricos

Uno de los aspectos más controversiales en torno a la enfermedad mental y la asistencia médica en sus distintos ámbitos, es el referido a la autodeterminación de los pacientes psiquiátricos, puesto que, se sabe que los trastornos mentales tienen una importancia incidencia, en la capacidad de la persona para razonar y decidir teniendo en cuenta la realidad circundante. Algunos de los síntomas constan de delirios, alucinaciones, alienación y pérdida de contacto con la realidad, por lo que con dificultad podrá afirmarse la validez del consentimiento de dichos pacientes.

De acuerdo con Costa, Anjos y Zaher (2019), las personas con trastornos psiquiátricos graves, a pesar de padecer una dolencia que restringe sus capacidades, esto no disminuye su calidad de persona, ni su dignidad, si su capacidad para decidir sobre si mismo. Significa, por tanto, que la dolencia psíquica no puede alterar sus derechos en sentido jurídico, el paciente psiquiátrico sigue siendo libre, consciente y responsable en algún grado de sus actos.

No obstante, debido a su especial condición y tratándose, de actos en los que su vida está en juego como la eutanasia, sería razonable limitar su capacidad de consentir, siendo esta una limitación justificada y compatible con la constitución, tal como lo ha expresado el TC, la diferenciación esta constitucionalmente admitida pues no todo trato desigual es discriminatorio. Se estará frente a una diferenciación cuando el trato desigual se funde en causas objetivas y razonables.

En consecuencia, el trato diferenciado para con las personas que padezcan trastornos mentales graves, ya que se encuentra sustentado en causas objetivas y razonables, es viable y compatible con nuestro ordenamiento constitucional. Estando por ello justificada la limitación de su derecho a la autodeterminación en lo concerniente a la solicitud de eutanasia.

3. Aplicación de la eutanasia en pacientes psiquiátricos:

Actualmente, solo en España, Luxemburgo, Países Bajos, Holanda, Suiza y Bélgica es legal la aplicación de la eutanasia para pacientes psiquiátricos con TMG, contrariamente a lo que se puede suponer, no son la mayoría de países del mundo los que han adoptado una posición favorable a la aplicación de la eutanasia en dichos pacientes, cuyas enfermedades contribuyen precisamente a afectar la capacidad de conocer, deliberar y decidir.

La eutanasia en pacientes con trastornos psiquiátricos graves ha sido fuertemente criticada debido a estudios que han demostrado la poca eficiencia de los sistemas de control, a la hora de supervisar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma para la aplicación legal de la misma. Para evidenciar la situación desfavorable de los pacientes con TMG frente a la eutanasia, haremos uso del reciente estudio de Kim S, y Cols y otras fuentes que han consultado fuentes directas, para recabar información de la realización y aplicación de la eutanasia para pacientes con TMG.

En Bélgica, del 2002 al 2013, se registraron 179 casos de eutanasia para pacientes con TMG; 46,4% se calificaron como alteración del estado de ánimo, 34,6% como demencia y 6,7% como trastorno del estado de ánimo co-mórbidos con otro TMG, un 12,3% fueron clasificados como TMG aislados. Del 2013 al 2019, el total de eutanasia por TMG es de 3, 9%, siendo el 29,8% personas diagnosticadas con trastornos del estado del ánimo y 45,6% personas con trastornos de la personalidad o comportamiento. Siendo en todas las estadísticas el sexo femenino el preponderante en edad media (Gallego et al, 2022).

En Holanda entre el 2011 y 2014 se aplicó la eutanasia a 110 personas, a causa de algún TMG, la cifra principal para este país la ocupan el trastorno depresivo con un 55% del total de casos. La situación en Holanda es alarmante ya que, para el 27% de los pacientes fue un médico desconocido el que les realizó la eutanasia, para el 11% de los pacientes no hubo consulta de un médico psiquiatra independiente a la petición de la eutanasia. Y lo que es más grave en el 24% de casos hubo desacuerdo entre los médicos consultores. (Gallego et al, 2022).

El caso antes descrito coincide con Bélgica, país en el que 9% de los pacientes no fueron derivados antes del procedimiento eutanásico, a una asesoría psiquiátrica. Además, debemos recalcar que las cifras descritas, guardan una cifra negra de procesos eutanásicos ilegales. (Gallego et al, 2022).

3.1. Controversia en los requisitos para solicitar la eutanasia en el caso de TMG

Hemos enumerado en nuestro marco teórico los requisitos necesarios para solicitar la eutanasia: padecimiento de enfermedad terminal o grave, dolor insoportable y el consentimiento informado del paciente que desea acceder al proceso de eutanasia. Estos requisitos aplicados a los TMG, han sido objeto de críticas severas, pues las peculiaridades de los padecimientos mentales divergen cualitativamente de los padecimientos fisiológicos, que tienen causa orgánica.

Realizaremos un análisis de cada uno de los requisitos solicitados, para dar respuesta a la cuestión de si los pacientes con TMG cumplen con los requisitos señalados para la aplicación válida de la eutanasia.

3.1.1. Enfermedad terminal o grave en TMG

Actualmente, los TMG no son calificados como enfermedades terminales, puesto que, ninguno de los trastornos conlleva la muerte inminente del paciente por motivos orgánicos, no hay proceso orgánico de agonía física, sino más bien, periodos de disfuncionalidad cognoscitiva, afectiva o intelectual que afectan la vida social y personal del paciente, propiciando periodos de anomalía psíquica y social.

La gravedad en los TMG, como expresamos dependerá del nivel de disfuncionalidad que causen en el paciente los distintos síntomas que padece, no obstante, podemos observar que la gravedad a la que se refieren los requisitos aplicados a las enfermedades fisiológicas, no es similar a los efectos que producen los síntomas mentales, puesto que, en el caso de las enfermedades biológicas, nos encontramos frente a una afección biológica del cuerpo del paciente, comprobable objetivamente mediante análisis médicos. (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2015). Mientras que, en el caso de los TMG, el único indicador es la propia sintomatología que indica el paciente en su entrevista con el psiquiatra y las conductas observables, siendo estos criterios insuficientes para afirmar la gravedad ontológica de un padecimiento mental. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

3.1.2. Enfermedad dolorosa

Al igual que en el anterior requisito, para el dolor producido por las TMG, no contamos con medios de medición objetivos que nos permitan concluir el grado de dolor que una persona sufre, a causa del padecimiento de un TMG; en esta cuestión, nos guiamos por la subjetividad del paciente, que indica cuanto dolor le produce el TMG, esto va a estar

condicionado a su vez, según Verhofstadt et al (2017), por la fortaleza mental, física, la personalidad y experiencia vital del paciente, constituyéndose el dolor en un factor subjetivo, cuya graduación se encuentra a discreción del propio paciente.

Debemos de recalcar que una de las características frecuentes en los TMG, es la alteración de la percepción, sobre todo la percepción sensorial, esto nos conduce a admitir que en muchos de los casos de TMG, el dolor que dice sufrir el paciente, es un dolor producido por una alucinación o distorsión de la realidad, un dolor sin base fáctica, que pertenece al imaginario del paciente, y que puede agravarse si no se trata el trastorno, reconduciendo al paciente a una percepción verosímil de la realidad.

De igual forma, de las estadísticas expuestas en párrafos anteriores, podemos detectar que es la depresión una de las causas frecuentes de solicitud de eutanasia, la depresión se caracteriza por periodos de tristeza crónicos, acompañado de lo que los psicólogos han denominado como “dolor existencial”, es decir un dolor producido por el propio hecho de estar vivos. (Graff, 2001). Este tipo de dolor al igual que los otros producidos por el TMG, no tiene parámetros objetivos de medición, por lo cual, con la tecnología médica psiquiátrica actual es imposible establecer si este está aconteciendo o no, y con qué intensidad.

Por estos motivos, no podemos considerar como un criterio concreto a tener en cuenta, a la hora de evaluar la posibilidad de aplicar la eutanasia, el dolor producido por los TMG, ya que, a diferencia de las enfermedades orgánicas, el dolor en los TMG, es subjetivo y su evaluación va a depender en primera instancia del propio paciente, el cual se encuentra afectado por el TMG y en segunda instancia, por el médico, que evalúa según su experiencia a discreción. (Olivares y Cruzado, 2008).

3.1.3. Consentimiento informado

El consentimiento informado, es parte de los derechos de los pacientes, fundamentado en la autodeterminación, este derecho tiene tres etapas de manifestación cada una vinculada a una capacidad humana en específico. Primero, la capacidad de actuar libremente, sin coacciones tanto internas como externas, por coacción internas nos referimos a cualquier circunstancia producida en la propia persona que restringe su libertad; la segunda etapa, es la posesión de información adecuada y completa sobre el diagnóstico, riesgos, beneficios y alternativas posibles. Por último, según Avalos y Tapia (2013), el consentimiento informado amerita tener la capacidad de procesar toda la información

adquirida, lo cual supone: conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información haciendo uso de las facultades psicológicas, volitivas, afectivas y cognitivas.

Con el objeto de brindar un punto de vista ordenado, analizaremos cada una de las etapas por separado, aplicando los criterios necesarios de consentimiento informado a las peculiaridades de los TMG, para dar a conocer si es posible que un paciente con TMG, pueda llevar a cabo exitosamente cada una de las etapas mencionadas.

Sobre el primer requisito, en el caso de pacientes con TMG, el propio nivel de la enfermedad, por lo cual se la categoriza como “grave”, permite deducir fehaciente que la libertad del individuo se halla disminuida por los efectos del trastorno, por lo que, se encontraría inmersa en la causal de coacción interna de la libertad, lo cual viciaría cualquier decisión del paciente, ya que, no podríamos distinguir con precisión, si sus afirmaciones son productos de su ser natural o de la anomalía mental.

El segundo requisito, si puede ser cumplido para el caso de pacientes con TMG, ya que pueden ingresar a bancos de datos, en los que encuentren la información detallada, de su diagnóstico, los tratamientos posibles y las vías alternativas, lo que sí, no es posible afirmar con seguridad, es que procesen dicha información de forma racional, por tanto el tercer requisito, debido a la atrofia de sus facultades, cognitivas, afectivas e intelectuales, producidas por el daño psíquico de etapas crónicas de diversos síntomas como alucinaciones o demencia, que producen los TMG, no se cumple. (Campo-Arias y Cassiani, 2008). En consecuencia, es imposible que los pacientes con TMG, puedan cumplir con el tercer requisito, por lo que la emisión de un consentimiento informado es improbable para este sector de la población.

La anterior conclusión, no es fundamento para negar la capacidad jurídica de los pacientes con TMG, solo es un argumento válido para impedirles la eutanasia, ya que, esta supone un proceso irreversible que afecta un bien tan importante como la vida, por lo que la autodeterminación del individuo debe ser valorada de forma restringida, agotando todos los criterios que puedan afectar la capacidad de autodirigirse.

El consentimiento informado, es el requisito que certifica que la decisión de morir es una decisión personal y libre, a la vez, justifica la impunidad del acto, ya que no se trataría de una afectación anti jurídica al bien vida, sino de una disposición legítima. No obstante, en el caso de paciente con TMG, este es imposible, por tanto, la eutanasia no es un camino

viable para estos pacientes, que deben de hacer uso de la técnica médica o los cuidados paliativos, para hacer frente a su condición.



CONCLUSIONES

Primera: Las personas con TMG, no pueden brindar su consentimiento válidamente por las siguientes razones, como hemos indicado en el marco teórico en el capítulo destinado al desarrollo de los TMG, los efectos de estos padecimientos inciden gravemente en la facultad para tomar decisiones de forma racional, pues, es muchas veces la enfermedad y su sintomatología la que altera la consciencia del enfermo en el que aparecen deseos suicidas, coadyuvar este deseo aplicándoles la eutanasia sería un atentado contra su salud, todas vez que el deseo de morir aparece como consecuencia de la insania de la mente del paciente.

El consentimiento informado, tercer requisito necesario para la aplicación de la eutanasia, supone procesar de forma adecuada la información acerca del diagnóstico y posibles tratamientos, para el procesamiento adecuado de esta información en el proceso deliberativo de tomar una decisión, se necesita la ecuanimidad de las facultades cognoscitivas, volitivas y afectivas, las cuales se encuentran afectadas por la enfermedad, por ello a estas dolencias se las clasifica como graves, por tanto, al no contar con las facultades exigidas para emitir un consentimiento válido, las personas que padecen TMG están incapacitadas para cumplir con este requisito.

Queremos recalcar, que esta restricción es válida solamente en lo concerniente a la eutanasia, al suponer un proceso sumamente delicado, puesto que, mediante él se pone fin a la vida, siendo este un proceso irreversible, en otros procesos de menos envergadura se puede reevaluar la posibilidad de evitar restringir la capacidad de emitir el consentimiento informado por parte del paciente con TMG. Esta limitación se halla amparada por la interpretación que el TC hace sobre el derecho fundamental a la igualdad, en donde distingue las diferenciaciones legítimas por causas objetivas como lo son el padecimiento de TMG, y la discriminación ilegítima que consiste en diferenciar entre ciudadanos, pero sin ninguna causa objetiva que justifique dicha diferenciación.

Por último, recalcar que los pacientes con TMG tiene plena capacidad jurídica como indica la vigente legislación peruana sobre la capacidad sobre personas con discapacidad, no obstante, esta se encuentra limitada en su capacidad de ejercicio, solamente en lo concerniente a la aplicación de la eutanasia. Con ello, hemos cumplido con el objetivo general de nuestra investigación, determinar si los pacientes con TMG pueden emitir válidamente su consentimiento informada para la eutanasia, siendo la respuesta negativa.

Segunda: El derecho fundamental a la autodeterminación, entendido como aquel derecho mediante el cual la persona puede conducir sus actos con autonomía y sin la injerencia injustificada de terceros, se encuentra restringido en las personas que padecen TMG, en lo concerniente a la solicitud de eutanasia. Puesto que, la eutanasia es un procedimiento irreversible que pone fin a la vida de la persona al que se lo aplica, no se puede profesar la misma flexibilidad que ante otros actos jurídicos de menor trascendencia. Consentir que personas, cuyas voluntades se encuentran afectadas por un TMG, ejerciten su capacidad de autodeterminación sin límites, aplicándose un proceso que los conducirá a la muerte, sería un atentado contra la vida, además de una medida irracional, que elude ponderar las causas objetivas de la enfermedad padecida. En conclusión, hemos cumplido el primer objetivo específico de nuestra investigación, pues dejamos establecido que el derecho de autodeterminación si se encuentra menguado en personas que padecen TMG.

Tercera: Limitar o restringir la capacidad de consentir, de autodeterminarse de las personas que padecen algún TMG, no supone un acto discriminatorio, pues de la interpretación que hace el TC peruano del derecho fundamental a la igualdad, se desprende que atendiendo a circunstancias objetivas se puede diferenciar válidamente ampliando o restringiendo derechos, entre ellos la capacidad de autodeterminación y la de emitir un consentimiento informado válido. Los TMG, califican como una circunstancia objetiva, la cual puede manifestarse como justificación para la restricción de la autodeterminación en lo concerniente a la eutanasia. Con ello cumplimos nuestro segundo objetivo específico, pues hemos precisado que el acto de restringir la capacidad de consentir de los pacientes con TMG, no constituye un acto de discriminación en el sistema jurídico peruano.

Cuarta: El derecho fundamental a la dignidad humana cumple un papel importante en la protección de las personas que padecen TMG, y en general de aquellas que padezcan cualquier tipo de discapacidad, sea esta física o mental. Ya que, gracias a ella, se ha afirmado su calidad de personas, pues, la dignidad es un derecho inmanente de todo ser humano, el cual no puede ser reducido por el padecimiento de ninguna enfermedad, es el núcleo duro de sus derechos. Gracias a esta interpretación, se ha reconocido la capacidad jurídica para las personas con discapacidades, y entre ellas las que padecen TMG.

En cuanto a la capacidad de ejercicio en las personas con discapacidades, la misma se encuentra limitada, lo cual amerita que un tercero coadyuve al efectivo ejercicio de los derechos. Concluimos afirmando que hemos logrado nuestro tercer objetivo específico,

pues hemos desvelado el papel de la dignidad humana en la protección de los derechos fundamentales de las personas que padecen TMG.



RECOMENDACIONES

Primera: El legislador peruano no debe consentir promulgar leyes en favor de la eutanasia para pacientes con TMG, solo por presión política de ciertos sectores de la población o partidos políticos, el legislador peruano en su labor de proveer de las mejores leyes al país, leyes que coadyuven al bienestar de los ciudadanos, debe de analizar la problemática desde un punto de vista objetivo y neutral, atendiendo a las circunstancias particulares de estas dolencias, tal vez asesorado por algún médico especialista en TMG, que le indique con claridad todas las afecciones que producen estas enfermedades, haciendo hincapié en cómo afectan a la voluntad del individuo y que uno de sus principales síntomas es la depresión acompañado muchas veces de intentos suicidas. Por lo que, emitir una norma que les permita acceder a este servicio sería un atentado contra su vida y su salud, toda vez que con ella se brinda ayuda para que la sintomatología llegue a su fin, el suicidio, esta vez con la agravante de haber sido ayudados por el Estado.

Segunda: Se recomienda continuar con el progresivo reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, en base a la dignidad humana, pero este desarrollo debe de tener presente siempre las circunstancias peculiares de cada discapacidad, la situación de vulnerabilidad de cada persona, para con la legislación no perjudicar al paciente al que se pretende ayudar. En el caso de las personas con TMG, el reconocimiento progresivo de sus derechos fundamentales no debe eludir el hecho de que estos pacientes sufren constantes distorsiones de la realidad, por lo que otorgarles la capacidad de consentir sin límites, es incongruente con las características de su propia enfermedad y los colocaría en una situación de mayor vulnerabilidad.

Tercera: Se debería de promover las políticas de atención pública para la salud mental, invirtiendo en adquirir la tecnología y conocimientos adecuados para brindar un tratamiento mental actualizado para las TMG. La finalidad es proporcionar una atención sanitaria mental de mejor calidad, que ayude a paliar las consecuencias de esta, evitando los episodios crónicos de esta, alejando a los pacientes que las padecen del deseo de acabar con su vida como única salida para su enfermedad.

Una de las causas de solicitud de eutanasia en pacientes con TMG, en los países en los que es legal, es la insuficiente o deficiente atención sanitaria mental que se proporciona, la mayoría de ella reducida a la sola aplicación de fármacos, dejando de lado la terapia adecuada para mejorar la calidad de vida del paciente. Es por ello por lo que al

implementar un mejor sistema de sanidad mental se atacaría a una de las principales causas de solicitud de eutanasia en pacientes con TMG.



REFERENCIAS

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (2018). Guías de Práctica Clínica sobre el Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud. https://www.aetsa.org/download/publicaciones/AETSA_PAI_TMG-abril2018.pdf.

Aguilera, R., y González, J. (2012). Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia. *Derecho PUCP*, (69), 151-168. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.201202.008>

Álvarez, A. (2013). El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido. *Cirujano General*, 35 (2), 24-44. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs132f.pdf>.

Amador, G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21 (2), 23-47. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012

Asociación por la Salud Integral del Enfermo Mental. (2012). Preguntas frecuentes sobre el Trastorno Mental Grave. Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat. <https://consaludmental.org/publicaciones/PreguntasFrecuentesSobreElTrastornoMentalGrave.pdf>

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

- Avalos, N. y Tapia, S. (2013). Consentimiento informado: síntesis de teoría actual y recomendaciones. *Revista de Chilena de cirugía*, 65 (5), 448-453. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071840262013000500014&script=sci_abstract
- Bellini, L. (2018). *Razón y Fe. Historia y perspectiva. Una mirada reflexiva*. Editorial Abya-Yala. <https://doi.org/10.7476/9789978104934.0003>.
- Benavides, Á. (2015). Capacidad jurídica: una reflexión necesaria a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Anuario De Derechos Humanos*, (11), 39–56. <https://doi.org/10.5354/adh.v0i11.37487>.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37, (2), 183-197. <https://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>
- Bont. J. (2007). Eutanasia: Una Visión Histórico- Hermenéutica. *Comunidad y Salud*, 5 (2), 34-43. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005
- Campo-Arias y Cassiani. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3 (4), 598-613. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502008000400010
- Cancino, M., Gaston, A., Góngora, J. y Medina, M. (2019). *Consentimiento informado: Enseñanza transversal en Bioética y Bioderecho*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Serie Libros Digitales. <http://ru.juridicas.unam.mx:80/xmlui/handle/123456789/57329>

- Cantillo, J. y Bula, A. (2017). Eutanasia activa directa y consentimiento del sujeto pasivo como eximente de responsabilidad penal en eventos de enfermedades incurables no terminales. Una aproximación interdisciplinar desde el test de proporcionalidad en sentido estricto. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 19 (1), 13-41. <https://www.redalyc.org/pdf/733/73348834002.pdf>.
- Carvalho, M., Brenno, R., Almeida, L., Souza, H. y Meirelles, L. (2019). Percepción de la muerte en médicos y estudiantes de medicina. *Revista Bioética*, 27 (3), 45-71. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/nFJ3Lwqp9CP7ZFFT4JJqp5b/abstract/?lang=es>
- Carrasco, V. y Crispi, F. (2015). Eutanasia activa, una mirada a la situación internacional. *Revista Hospital Clínica Universitaria de Chile*, (26), 322 – 328. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Eutanasia-activa-una-mirada-a-la-situaci%C3%B3n-internacional.pdf>
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, vol. 15, (2), 11-140. <https://www.redalyc.org/pdf/537/53741125005.pdf>
- Collado, M. (2011). Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49 (3), 24-67. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000300012&script=sci_abstract
- Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU. (2008). Los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/es/content/disabilitystrategy/>

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Colección de Aniversario, 150 años de la Academia Nacional de Medicina de México. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf

Corte Suprema de Justicia del Perú. Consulta Expediente N° 14442 - 2021 Lima. (22 de julio del 2022). Diario el Pueblo.

Costa, J., Anjos, M. y Zaher, L. (2007). Para comprender la dolencia mental: una perspectiva de bioética. *Bioethikos*. <https://bit.ly/2HgOzmz>

Culleton, A. (2010). Tres aportes al concepto de persona: Boecio (substancia), Ricardo de san Víctor (existencia) y Escoto (incomunicabilidad). *Revista Española de Filosofía Medieval*, (17), 59-71. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3425631.pdf>

Del Moral, A. (2012). El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana. *Cuestiones Jurídicas*, 4 (2), 63-96. <https://www.redalyc.org/pdf/1275/127526266005.pdf>

Declaración universal sobre bioética y derechos humanos adoptada por la conferencia general. UNESCO. (2005). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Decreto Supremo 073. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2007). El peruano.

Díaz, A. (2020). Brevísima historia de la eutanasia. *Sindicato Médico del Uruguay*, 1-2.
<https://redemc.net/100smu>.

Espinosa, R. (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero?. *EduPsykhé*, 16(1),4-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428605>

Felício, J. y Pessini, L. (2009). Bioética de protección: vulnerabilidad y autonomía de pacientes con trastornos mentales. *Revista bioética*, 8, 12-25.
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/RQDqMx5bgfkJNMp6vj75MBt/?format=pdf&lang=es>

Ferraro, N. y Rousseeaux, A. (2014). “La vida indigna de ser vivida”: política, eugenesia y enfermedad mental en la Alemania Nazi. *Revista Temas*, 1(33), 6 – 12.
https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2019/10/la-vida-indigna_primera-vocal.pdf

Fonnegra, I. (2002). El enfermo terminal y la eutanasia. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 1(4), 14-47.
<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/297>

Gamarra, M. (2011). La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. *Horizonte Médico*, 11(1), 40-46.
<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/297>

Gallego, L. y De Santiago, M. (2022). Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental. *Cuadernos de Bioética*, 33, 157-178.
<http://aebioetica.org/revistas/2022/33/108/157.pdf>

- Garay-Delgado, F. (2021). La Autodeterminación de la vida como derecho legítimo. *Pol. Con*, 6 (4), 20-39. DOI: 10.23857/pc.v6i4.2536.
- García, S., Meza, E. y Villagómez, A. (2012). Muerte cerebral. Diagnóstico oportuno y axiomático de una pérdida. *Revista Médica Internacional de México*, 1(2), 585-597. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126k.pdf>
- Gonzales, F. (2022). La eutanasia u homicidio piadoso y el derecho a la dignidad humana en el ordenamiento jurídico peruano, 2021. [Tesis de Grado, Universidad Continental]. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11398>
- Gonzales, F. y Guzmán, C. (2016). Eutanasia, distanasia, adistanasia y encarnizamiento terapéutico. *Multidisciplinary Health Research*, 1,(1), 35-67. <https://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/1351>
- Guralnik, G. (2013). Psiquiatría criminal: el programa de eutanasia de la Alemania Nazi. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=126%3Afamilia-terapia-y-posmodernidad&catid=9%3Aperspectivas&Itemid=1&limitstart=290
- Gutmann, T. (2019). Dignidad y autonomía. Reflexiones sobre la tradición kantiana. *Estudio filos*, 59, 233-254. <http://www.scielo.org.co/pdf/ef/n59/0121-3628-ef-59-00233.pdf>
- Graff, A. (2001). El dolor en la psiquiatría: causa frecuente de atención. *Salud Mental*, 24 (6), 1-3. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58262401.pdf>

Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. (2011). Eutanasia y acto médico. *Revista Médica de Chile*, 2(1), 642-654. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art13.pdf>

Irrazábal, G. (2015). Religión y salud: la intervención pública de agentes religiosos católicos formados en bioética en el debate parlamentario sobre la muerte digna en la Argentina. *Salud Colectiva*, 11, (3), 331-349. <https://www.scielo.org/article/scol/2015.v11n3/331-349/es/>

Langer, Á y Cangas, A. (2007). Fundamentos y Controversias en la Diferenciación entre Alucinaciones en Población Clínica y Normal. *Terapia Psicológica*, 25(2), 173-182. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525208>

Ley 26691. Ley de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio. (2001) <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473222000037#:~:text=Holanda%20fue%20el%20primer%20pa%C3%ADs,y%20de%20au>

Ley 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. (2 de octubre del 2009). El peruano.

Ley 30947. ley de salud mental (2019). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947/>

Lizcano, C., Chamorro, D. y Pantoja, M. (2021). Enfoque jurídico y social de la eutanasia. ¿Derecho a morir dignamente? *Revista Dilemas contemporáneos: educación política*, 9(67), 67-99. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000800098

- Lorda, S. y Barrio, I. (2012). La eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública*, 86(1), 5-19. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100002&lng=es&tlng=es.
- Marín-Olalla, F. (2020). La Eutanasia: un derecho del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 32 (4). <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta>.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38,(1), 53-58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
- Mendoza, C. (2007). Trastorno delirante de tipo somático. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 761-771. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000400013
- Mendonça, S. (2019). Dignidad y autonomía del paciente con trastornos mentales. *Revista Bioética*, 27(1), 20-29. Doi: 10.1590/1983-80422019271285
- Merchán-Price, J. (2019). Eutanasia, matar y dejar morir. Desambiguación del concepto de eutanasia y consideraciones bioéticas esenciales. *Persona y Bioética*, 23(2), 207-223. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222019000200207&script=sci_abstract&tlng=es
- Mieles-Mieles, E. (2021). El suicidio asistido y la muerte piadosa a partir del concepto de vida digna: Propuesta de un protocolo de atención en salud pública. *Polo de Conocimiento*, 6(6), 730-744. DOI: 10.23857/pc.v6i6.2783.

Mirando, H. (2019). Los derechos innominados en la jurisprudencia de la sala constitucional. *Revista Judicial, Poder Judicial de Costa Rica*, 127, 34-56.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39747.pdf>

Montero, L. (2019). Reflexiones sobre la Eutanasia. *Revista Persona y familia*, 8(1), 125 – 147. DOI: 10.33539/peryfa. 2019.n8.1960.

Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43,(2), 136-138.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200001

Olivos, P. (2009). La mente delirante. Psicopatología del delirio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(1), 67-85.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000100008

Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos Mentales.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Pacheco, P y Silva, A. (2021). Eutanasia y valor intrínseco de la vida: por un derecho de la pluralidad. *Brazilian Journal of Development, Curitiba*, 7(6), 55-76.
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/index.php/BRJD/article/download/30871/pdf>

Parreiras Reis de Castro et al. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Revista bioética*, 24(2), 355-367. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?format=pdf&lang=es>

Olivares, E y Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 321-341. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742008000300004

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Documento de Oficina Regional Para las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>

Pastor, L. (2019). Eutanasia y bioética. *Cuadernos de Bioética*, 30(98), 11-17. DOI: 10.30444/CB.16

Pila, M. (2019). Proceso Asistencia Integrado de Trastorno Mental Grave. *Fundesalud*, 1, 205-210. https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/PAI%20TMG_2444.pdf

Ramiro, M. (2012). Capacidad jurídica y discapacidad: el artículo 12 de la convención de derechos de las personas con discapacidad. *Anuario Facultad de Derecho*, 5, 53-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4133068>

Reis de Castro, M, Cafure, G., Pacelli, L, Silva, L., Rulck, S. y Andrade, V. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Revista bioética*, 24 (2), 55-67.

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?format=pdf&lang=es>

Resolución N. 2868. Tribunal Constitucional (2004).

<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02868-2004-AA.pdf>

Resolución N. 02273. Tribunal Constitucional (2005).

[https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/02273-2005-HC.html#:~:text=Establece%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20edad,jur%C3%ADdicos%20\(matrimonio%2C%20](https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/02273-2005-HC.html#:~:text=Establece%20la%20mayor%C3%ADa%20de%20edad,jur%C3%ADdicos%20(matrimonio%2C%20)

Resolución N.^a 0030. Tribunal Constitucional (2005).

<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/00030-2005-AI.pdf>

Resolución N.^a 1417. Tribunal Constitucional (2005).

<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/01417-2005-AA.html>

Resolución 02480. Tribunal Constitucional (2008).

<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02480-2008-AA.html>

Resolución 01462. Tribunal Constitucional (2015). [https://www.tc.gob.pe/wp-](https://www.tc.gob.pe/wp-content/uploads/2018/10/Noviembre-13-de-2019-Lima.pdf)

[content/uploads/2018/10/Noviembre-13-de-2019-Lima.pdf](https://www.tc.gob.pe/wp-content/uploads/2018/10/Noviembre-13-de-2019-Lima.pdf)

Resolución 03413. Tribunal Constitucional (2019).

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/03413-2019-HC%20CTResolucion.pdf>

- Resolución 01146. Tribunal Constitucional (2021). <https://www.tc.gob.pe/wp-content/uploads/2023/02/Memoria-TC-2021.pdf>
- Reyna, L. (2009). Homicidio a petición, instigación y ayuda al suicidio en el derecho penal: una lectura constitucional de los artículos 112 y 113 del Código Penal peruano. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 42(124), 152-169. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00418633200900100008.
- Rodríguez, R. (2001). Eutanasia: aspectos éticos controversiales. *Revista Médica Herediana*, 12(1), 27-37. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000100007
- Rojas, C. (2010). Las alucinaciones y el delirio como representaciones anancásticas. *Salud Mental*, 33(5), 379-987. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58219793002.pdf>
- Rosselli, D. y Rueda, J. (2011). El deseo de muerte y el suicidio en la cultura occidental. Parte 1: la Edad Antigua. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 145-151. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619286014.pdf>.
- Runzer, F. (2019). Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Médica del Perú*, 36(2), 134-144. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1054742>
- Sarmiento, M., Vargas, S., Sierra, M., Velásquez, C., Quinche, V. y Mayungo, T. (2012). Análisis de la toma de decisiones al final de la vida desde una perspectiva teórica

contemporánea. *Revista Colombiana de Bioética*, 7(2), 8-34.
<https://www.redalyc.org/pdf/1892/189225524002.pdf>

Serra, M. (2013). El dilema del paciente con trastornos mentales y de la conciencia en la práctica clínica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 557-570.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400008

Schuster, S. (2015). Reseña de Los que sobran. Historia de la eutanasia social en la Alemania nazi, 1939- 1945 de Götz Aly. *Memoria y Sociedad*, 19 (38), 109-112.
<http://www.scielo.org.co/pdf/meso/v19n38/v19n38a12.pdf>

Torales, J. (2020). Esquizofrenia y alteraciones de la percepción visual. *Revista virtual Sociedad Paraguaya Medica Internacional*, núm.7, pp. 96-104.

Torralba, F. (2005). ¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Herder Editorial.

Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30(2), 75-80.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>

Valls, R. (2015). El concepto de dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho*, pp. 278-285. <https://www.redalyc.org/pdf/783/78343122029.pdf>

Verhofstadt, M., Thienpont, L. y Ygram, G. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *J, Psychiatry*, 211(4), 238-245. DOI: 10.1192/bjp.bp.117.199331

Von Engelhardt, D. (2002). La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. *Acta Bioética*, 8(1), 55-66.
<https://www.redalyc.org/pdf/554/55480107.pdf>

